

## Anamnese Säugling und Kinder bis vollendetem 1. Lebensjahr:

### Liebe Eltern ,

bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Der Bogen soll helfen das Gespräch effektiv zu gestalten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank!**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz, Handy, dienstlich): \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_  
Geschwister (Name, Geburtsjahr, Besonderheiten): \_\_\_\_\_

### Familienerkrankungen: (Wenn ja, wer ist betroffen (Eltern, Großeltern, Verwandte?))

Asthma (asthma, الربو): \_\_\_\_\_  
Allergien (allergy, حساسية): \_\_\_\_\_  
Neurodermitis (Neurodermatitis, التهاب الجلد العصبي): \_\_\_\_\_  
Hüfterkrankungen: (Disease of the hip, مرض مفصل الورك): \_\_\_\_\_  
Diabetes (diabetes, مرض السكري): \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenerkrankung (Thyroid disease, أمراض الغدة الدرقية): \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck (high blood pressure, ارتفاع ضغط الدم): \_\_\_\_\_  
Nierenerkrankung (Kidney disease, أمراض الكلى): \_\_\_\_\_  
Krampfanfälle (Convulsions, نوبات تشنج): \_\_\_\_\_  
Andere schwere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft und Geburt: (Bitte unterstreichen, wenn ja, welche?)

Gab es Komplikationen <b>vor</b> , <b>während</b> oder <b>nach</b> der Schwangerschaft / Geburt	ja	nein	
Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?	ja	nein	
Wenn ja, erfolgte eine Behandlung mit Blaulicht?	ja	nein	
Wie lange waren Sie in der Geburtsklinik?			_____
Wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut?	ja	nein	Von wem? _____

Wie lange? \_\_\_\_\_  
Haben Sie aktuell Unterstützung zu Hause? ja nein

### Ernährung:

Stillen Sie? (Breastfeed them?, الرضاعة الطبيعية لهم?) ja nein  
Wenn nein, Welche Milch bekommt Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
Wie oft am Tag (As often on the day?, كم مرة في اليوم?) \_\_\_\_\_  
Bei Flaschnahrung – wieviel pro Mahlzeit? \_\_\_\_\_ ml  
Bekommt Ihr Kind Vitamin D und Fluorid? ja nein

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge? \_\_\_\_\_

MVZ Freiberg GmbH – Kinder- und Jugendmedizin  
Donatsring 20, 09599 Freiberg, Tel. 03731 / 772446

