

Anamnesebogen

Name, Vorname des Kindes :
Anschrift :

Telefonnummer :
E-Mail-Adresse :
Krankenversicherung des Kindes :
Bei Privatpatienten Name und Anschrift
des Rechnungsempfängers :
Bisheriger Kinderarzt :
Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam :
Name der Hebamme :

Bitte teilen Sie uns Änderungen von Anschrift und Telefonnummer zeitnah mit.

Wir möchten darauf hinweisen, dass bei fehlender Absage einer längeren Untersuchung, wie z.B. Vorsorge oder pneumologische Diagnostik, ein Ausfallhonorar in Höhe von 40€ in Rechnung gestellt wird.

Möchten Sie an Vorsorgetermine telefonisch oder per Email erinnert werden? Ja / Nein

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Alter :
Geschlecht :
Bestehen bei diesen Besonderheiten?

Name, Vorname des Vaters & gelernter Beruf:

Name, Vorname der Mutter & gelernter Beruf:
Sorgerecht:

- gemeinsam
- Mutter
- Vater

Wurde Ihr Kind bereits geimpft? Bitte Impfausweis vorlegen Ja / Nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? Ja / Nein

Bekommt Ihr Kind ständig Medikamente? Ja / Nein
Welche?

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? Ja / Nein
Was wurde operiert?
Wann?

Unterschrift des Sorgeberechtigten