Arztpraxis
DR. ROBERT WAGNER
Kinder- und Jugendmedizin • Kinderkardiologie • EMAH

ANAMNESEBOGEN **(bitte für die betreffende Person ausfüllen, am Tag des Termins bei der Anmeldung abgeben)**

_____ _____
Patient Vor-, Nachname **Ihre Tel. (mobil) / der / des Eltern(teils)***

_____ _____ _____
Geburtsdatum **akt. Gewicht & Länge** **Ihre eMail / der / des Eltern(teils)***

Kinder- /Hausarzt und weitere Ärzte, welche einen Befundbrief erhalten sollen**:**

Name	Adresse

Dauermedikamente:

Name	Dosierung

Bestehen / bestanden (ggf. *seit der letzten Vorstellung* in unserer Praxis):
… ernsthafte / chron. Erkrankungen? Ja □ Nein □
Wenn ja, Welche?

… stationäre Behandlungen? Ja □ Nein □

Wo	Wann	Weshalb:
		(bitte ggf. die relevanten Arztbriefe bereithalten!)

Wurde eine Schwerbehinderung anerkannt?

Ja □ GdB … % Merkzeichen: Pflegegrad: Nein □ Nein, aber beantragt □

Bekommen Sie / ihr Kind Fördermaßnahmen? Ja □ Nein □
Wenn Ja, Welche? Physiotherapie □ Logopädie □ Ergotherapie □ Frühförderung □

Geht Sie / Ihr Kind in: Kinderkrippe / -garten: □ **Schule:** □ Klasse: Schulform:…… Ausbildung □ ……
Beruf □ ……. mit ……. Wochenstunden

*mit Angabe Ihrer Telefonnummer u./o. E-Mail-Adresse erklären Sie sich mit der Speicherung dieser und ggf. Datenübermittlung einverstanden

Gibt es in der Familie angeborene / früherworbene Herzerkrankungen, plötzliche Ereignisse / Todesfälle vor dem 40.Geb.?

Haben Sie / Ihr Kind Geschwister (bitte ggf. mit Angaben zu chron. Erkrankungen, wenn zutreffend)?

Haben Sie folgende Symptome (bei Ihrem Kind) beobachtet?

Wassereinlagerung:	Ja □	Nein □
Blauverfärbung der Lippen:	Ja □	Nein □
Luftnot:	Ja □	Nein □
Gehäufte schwere Infekte (Bronchitis / Pneumonie):	Ja □	Nein □
Vermehrtes Schwitzen bei Belastung:	Ja □	Nein □
Belastungseinschränkungen:	Ja □	Nein □
Gehäufte Kopfschmerzen:	Ja □	Nein □
Verschlechterung der Trinkleistung (bei Säuglingen)	Ja □	Nein □
Probleme bei Nahrungsaufnahme (bei Kindern)	Ja □	Nein □

Klagen Sie / Ihr Kind über Herzstolpern? Ja □ Nein □

Klagen Sie / Ihr Kind über Herzrasen? Ja □ Nein □
Wenn ja, in welcher Situation?

Klagen Sie / Ihr über Schmerzen im Brustkorb? Ja □ Nein □
Wenn ja, in welcher Situation?

Klagen Sie / Ihr Kind insg. über eine Verschlechterung? Ja □ Nein □

Treibt Sie / Ihr Kind in der Freizeit Sport? Ja □ Nein □
Wenn ja in welcher (Vereins-)Sportart?

Halten Sie / Ihr Kind eine Sportbefreiung ein? Ja □ mit Benotung □ ohne Benotung □ Nein □

Klagen Sie / Ihr Kind über Schwindelgefühl? Ja □ Nein □
Wenn ja, In Ruhe □ Bei Lagewechsel / längerem Stehen □ Bei Belastung □ In Verbindung m. Herzrasen bzw. Stolpern □

Waren Sie / Ihr Kind schon einmal bewusstlos? Ja □ Nein □
Wenn ja, wie oft? Wie lange? Mit Verletzungsfolge?

Nehmen Sie / Ihr Kind Stimulantien ein, trinkt regelmäßig Alkohol oder ist Raucher? (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

Wie ernähren Sie sich? **bzw.** **Wie ernähren Sie Ihr Kind?** (bitte für den Pt. Zutreffendes markieren)
Normalkost □ vegetarisch □ vegan □ Muttermilch □ Flaschennahrung □ Breikost □ Kleinkindkost □

Sonstige Angaben, die Sie uns unbedingt mitteilen wollen?

*mit Angabe Ihrer Telefonnummer u./o. E-Mail-Adresse erklären Sie sich mit der Speicherung dieser und ggf. Datenübermittlung einverstanden