

ANAMNESEBOGEN für Kinder

(bitte ausfüllen und am Tag des Termins bei der Anmeldung abgeben)

\_\_\_\_\_  
Patient Vor-, Nachname

\_\_\_\_\_  
Tel. (mobil) der / des Eltern(teils)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
eMail der / des Eltern(teils)

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

Name	Adresse

Medikamente:

Name	mg	Dosierung

Bestanden seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis:

- WEITERE ernsthafte Erkrankungen? Ja  Nein   
Welche?

- WEITERE stationäre Behandlungen? Ja  Nein   
Wo Wann Weshalb:

Wo	Wann	Weshalb:

Wurde eine Schwerbehinderung beantragt? Ja  Nein

Wurde eine Schwerbehinderung anerkannt?

Ja  GdB ... %      Merkzeichen:      Pflegegrad:      Nein

Bekommt ihr Kind Fördermaßnahmen? Ja  Nein

Welche?

Geht Ihr Kind in:      Kinderkrippe / -garten:       Schule: , Klasse:

Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditisprophylaxe (Herzpass)?

Ja       Nein

**Gibt es in der Familie angeb. / früherworbene Herzerkrankungen, Schrittmacher, plötzliche Todesfälle vor dem 40.Geb.?**

**Haben Sie folgende Symptome bei Ihrem Kind beobachtet?**

Wassereinlagerung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blauverfärbung der Lippen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Luftnot:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gehäufte Infekte (Bronchitis / Pneumonie):	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Belastungseinschränkungen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gehäufte Kopfschmerzen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verschlechterung der Trinkleistung (bei Säuglingen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Probleme bei Nahrungsaufnahme (bei Kindern)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Klagt Ihr Kind über Herzstolpern?** Ja  Nein

**Klagt Ihr Kind über Herzrasen?** Ja  Nein

**Klagt Ihr Kind über Schmerzen im Brustkorb?** Ja  Nein

**Hat sich die Belastbarkeit bei Ihrem Kind verschlechtert?** Ja  Nein

**Treibt Ihr Kind in der Freizeit Sport?** Ja  Nein

**Hält Ihr Kind in der Schule eine Sportbefreiung ein?** Ja  mit Benotung  ohne Benotung  Nein

**Klagt Ihr Kind über Schwindelgefühl?**

Ja  In Ruhe  Bei Lagewechsel / längerem Stehen  Bei Belastung  In Verbindung mit Herzrasen bzw. Herzstolpern

Nein

**War Ihr Kind schon einmal bewusstlos?** Ja  Nein

**Nimmt Ihr Kind Drogen, trinkt regelmäßig Alkohol oder ist Raucher?** (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

**Sonstiges:**