

# Anamnesebogen Neupatienten

|                                    |                                     |                                 |                                |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Name, Vorname                      |                                     |                                 |                                |
| Geburtsdatum                       |                                     |                                 |                                |
| Adresse                            |                                     |                                 |                                |
| Telefonnummer                      | Mutter:                             | Vater:                          |                                |
| Email                              |                                     |                                 |                                |
| Versicherung                       | <input type="checkbox"/> Gesetzlich | <input type="checkbox"/> Privat | Name Krankenkasse:             |
| Hauptversicherter<br>Name, Vorname |                                     |                                 |                                |
| Sorgerecht                         | <input type="checkbox"/> Mutter     | <input type="checkbox"/> Vater  | <input type="checkbox"/> Beide |

|                                                                 |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bisheriger Kinderarzt                                           |                                                                                           |
| Aktueller<br>Vorstellungsgrund                                  |                                                                                           |
| Vorerkrankungen                                                 | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Folgende:                      |
| Allergien                                                       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Folgende:                      |
| Medikamente                                                     | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Folgende:                      |
| Impfstatus aktuell?                                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar |
| Aktuell laufende<br>Therapie (Logopädie,<br>Ergotherapie, etc.) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Folgende:                      |

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r