



## Allgemeine Anamnese für Kinder u. Jugendliche

Name des Kindes: ..... Geb.: .....

**Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen? Bitte ausführliche Angaben**    **Ja**    **Nein**

1. Herzerkrankung? .....     
  - a. Ist eine Antibiotikaabschirmung notwendig? .....
  - b. Liegt ein Herzpass vor? Bitte mitbringen .....
2. Nierenerkrankung? .....
3. Lebererkrankung? .....     
  - a. Leberentzündung: Hepatitis? .....
4. Diabetes? .....
5. Schilddrüsenerkrankung? .....
6. Zöliakie oder andere Stoffwechselerkrankung? .....
7. Magen-Darm-Erkrankung?.....
8. Lungenerkrankung oder chronische Bronchitis? .....
9. Tuberkulose? .....
10. Epilepsie? Wann war der letzte Anfall? .....
11. Spastik oder verändertem Muskeltonus? .....
12. Juvenile Arthritis oder andere Gelenkerkrankung/Rheuma? .....
13. Ist Ihr Kind auf einen Rollstuhl angewiesen? .....
14. Lernschwäche oder Sprachprobleme?.....
15. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? Syndromale Erkrankung? .....       
.....
16. Bestehen psychologische Erkrankungen? .....
17. Autismus-Spektrum-Störung? .....       
*Falls ja, wäre es gut, vorab einen Telefontermin mit Frau Trapp zu vereinbaren.....*
18. ADHS? .....
19. Hörprobleme oder Taubheit? Trägt Ihr Kind ein Hörgerät? .....
20. Sehschwäche oder Blindheit? .....
21. Bluterkrankung? Blutet Ihr Kind länger als üblich? .....
22. Tumorerkrankung? .....
23. HIV? .....
24. Hatte Ihr Kind eine Organtransplantation?.....
25. Ist der Impfstatus dem Alter entsprechend? .....
26. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? .....
27. Asthma? .....
28. Allergien? Allergiepass vorhanden? Bitte mitbringen .....       
.....
29. Besteht eine Penicillinallergie? .....
30. Besteht eine Allergie gegen Milcheiweiss (Kasein)? .....



## Allgemeine Anamnese für Kinder u. Jugendliche

31. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?.....

.....  
.....

32. Musste Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente einnehmen? .....

.....

33. Andere oben nicht erwähnte Krankheiten oder Symptome? .....

.....  
.....

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde der Krankengeschichte meines Kindes, inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r