



Altenholzer Str. 7
24161 Altenholz

Tel. 0431 / 3292939
Fax. 0431 / 3292978
info@kijumed-altenholz.de

Liebe Eltern, liebe Patientinnen und Patienten,

damit wir die hausärztliche Versorgung bestmöglich durchführen können, ist es sinnvoll, dass Sie uns Auskünfte zu fam. Krankheitsrisiken und zu den Lebensbedingungen geben. Daher bitten wir Sie uns diesen Fragebogen auszufüllen.

Name des Patienten: _____

FAMILIENANAMNESE (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante, Onkel, etc.)

Krankheit	Ja	Nein	Weiß nicht	Betroffene (Beziehung zum Patienten)	Anmerkung ggf. Rückseite
Allergie					
Asthma/chron.Bronchitis					
Neurodermitis o.ä.					
Epilepsie, Fieberkrämpfe					
Zöliakie					
Autoimmunkrankheiten					
M. Chron, Colitis Ulcerosa					
Kleinwuchs					
Geistige Behinderung					
Hüftdysplasie					
Starke Fehlsichtigkeit					
Schwerhörigkeit					
ADHS					
Schilddrüsenerkrankung					
Diabetes mell. Typ 1					
Operationskomplikationen					
Blutungsneigung					
Thrombose, Embolie					
Hypercholesterinämie					
Herzinfarkt/Schlaganfall bei Personen unter 60 Jahren, schlank, Nichtraucher					

Andere möglicherweise vererbare Krankheiten: _____

Elterngröße: Mutter: _____ cm, Vater: _____ cm

SOZIALANAMNESE

Im Haushalt leben: _____ Personen

Mutter: O, Vater: O, Brüder: ____, Schwestern: ____, Stiefvater: O, Stiefmutter: O,
Halbgeschwister: O (auch ohne Heirat)

weitere Personen: _____

Haustiere: _____

Raucher: ja: O nein: O,

wenn ja: rauchen nicht in der Wohnung: O, rauchen nur am Fenster: O, Rauchen nur ohne Kinder: O

Mutter: gelernter Beruf: _____, erwerbstätig als: _____ Std/Wo__

Vater: gelernter Beruf: _____, erwerbstätig als: _____ Std/Wo__

Wenn das Kind nicht in Deutschland geboren ist:

Geburtsort: _____, Familiensprache: _____,

in Deutschland seit: _____, Aufenthaltsstatus: _____

Deutsch/Englisch-sprachiger Kontakt: _____

NAME

TELEFON

KONTAKTDATEN:

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Bei Privatpatienten Rechnungsempfänger: _____

Adresse falls abweichend: _____

KRANKHEITSGESCHICHTE DES KINDES

	Name Kind 1:	Name Kind 2:
Geburtsgewicht		
Sauerstoffbedarf		
Stat. Behandlungen		
Operationen		
Atemnot		
Bewusstseinsstörung		
Antibiotika, wie oft?		
Allergien		
Asthma		
Auffälligkeiten		
Förder- und Therapiemaßnahmen in der Vergangenheit		
Dauermedikation		
Windpocken gehabt? Wann?		
Falls ohne Impfpass, wie viele Impfungen bisher?		