

Anamnesebogen J1

Name: Geburtsdatum: Datum:

Auskunft der Eltern

Zur Familie:

Elterngröße: Mutter: cm Vater: cm

.....-tes Kind von

Erkrankungen bei:	<input type="checkbox"/> Geschwistern	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Großeltern
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gelenk- u. Konchenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien, Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumore	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Übergewicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Seelische Leiden, Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> Diabetes		

Familienumfeld: Beruf der Mutter Beruf des Vaters

Alleinerziehend Ja Nein Scheidung Ja Nein

Nikotingewohnheiten Ja Nein Eigenes Zimmer Ja Nein

Zum Jugendlichen:

Schwangerschaft normal Probleme:

Geburt normal Frühgeburt Risikogeburt Probleme:

Entwicklung normal Probleme:

Probleme Kleinkindesalter Kindergarten Schulalter:

Therapien Logopädie Ergotherapie Krankengymnastik Psychotherapie

Fallen Ihnen Besonderheiten auf:

Ja / Nein

Ja / Nein

Bei sportl. Betätigung : handwerkli. Betätigung :

Lernen/Konzentration : Schreiben/Rechnen :

Sprachprobleme : Mitarbeit in der Schule :

Mitarbeit zuhause : Umgang mit anderen :

Operationen : Wesentliche Unfälle :

Behinderungen : Behindertenausweis :

Wie beurteilen Sie das soziale Umfeld ihres Kindes:

Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes:

Was würden Sie zusätzlich gerne besprechen: