

# ANAMNESEBOGEN

\*Name des Kindes + Geburtsdatum:

\*Namen der Eltern: Mutti:

Vati:

\*Sorgeberechtigung: \*gemeinsames  \*alleiniges Mutter

\*alleiniges Vater

\*Beruf der Eltern: Mutti:

Vati:

\*Besonderheiten in der Schwangerschaft:

\*Besonderheiten bei der Geburt:

\*Geburtsgewicht:

\*Geburtsgröße:

\*Elterngröße: Mutti:

Vati:

\*Geschwisterkinder: ja  nein

Anzahl:

Namen + Alter:

\*Chronische Erkrankungen des Kindes:

\*Allergien Eltern/ Geschwister:

\*Hiermit ist der Unterzeichnende damit einverstanden, dass angegebene Telefonnummern in den Daten des og. Kindes gespeichert werden dürfen sowie die Kinderarztpraxis Fr. Dr. Chr. Leicht diese hinterlegten Telefonnummern anrufen darf: JA

-

NEIN

\*Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern/Elternteil: