

ANAMNESEBOGEN

*Name des Kindes + Geburtsdatum: "

*Namen der Eltern: Mutti:

Vati:

*Telefonnummer der Eltern:

*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/Operationen/stationäre Aufenthalte/Medikamenteneinnahme 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: