

Anamnesebogen Kinder

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon Erziehungsberechtigte(r) Versicherung

E-Mail

privat gesetzlich

Größe

Gewicht

Vorstellungsgrund, Beschwerden

EIGENANAMNESE

Infektionen

nein
ja

Kinderkrankheiten

nein
ja

Impfungen

vollständig nach Empfehlung
unvollständig

Vorerkrankungen

nein
ja

OPs

nein
ja

Allergien

nein
ja

Medikamente

nein
ja

Allgemeine Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Leistungsschwäche, Fieber, erhöhte Temperaturen, Nachtschweiß, ...)

nein
ja

Zeckenbiss

nein
ja, wann

FAMILIENANAMNESE

Augenerkrankungen, Brillenträger, Schielen, Sehschwäche, genetische Erkrankungen

Mutter

Vater

Geschwister

AUGENANAMNESE

subjektive Sehverschlechterung

nein

ja, seit wann?

Nahsicht

Fernsicht

Rötung

nein

ja

Brennen

nein

ja

Tränen

nein

ja

Schmerzen

nein

ja

Druckgefühl

nein

ja

Schwellung

nein

ja

Brillenträger

nein

ja, seit wann?

wann letzte Bestimmung?

von wem?

getropft

nein

ja

Schielen

nein

ja, seit wann?

Okklusion (Pflastertherapie)

nein

ja

links

rechts

wie lange?

SOZIALANAMNESE

Eltern

leben zusammen

leben getrennt

gemeinsames Sorgerecht

nein

ja

Schule/Kita integrativ

nein

ja

Geschwister

nein

ja

Haustiere

nein

ja

Freizeit/Hobbies

Medienkonsum (TV, Handy, Computer)

wie lange pro Tag/Woche?

SONSTIGES

Ernährung

normal

Gewichtsverlust

Besonderheiten

Sprache

altersentsprechend

Auffälligkeiten

Hörvermögen

normal

Auffälligkeiten

Schlaf

normal

Auffälligkeiten

Psyche

normal

Auffälligkeiten

andere Therapien

Ergotherapie

Logopädie

Lerntherapie

sonstige

Kinderarzt

Augenarzt

Datum

1.

ausgefüllten Anamnesebogen speichern



2.

Anamnesebogen per E-Mail zurücksenden an

praxis@orthoptistin-dresden.de