



Anamnesebogen

Kind/Jugendlicher

Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Eltern/Sorgeberechtigte

Mutter Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf/Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

Email-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Vater Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf/Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

Email-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Sorgerecht:

Eltern

Mutter allein

Vater allein

Familiensituation:

zusammenlebend

getrennt lebend

Folgende **Telefonnummer** soll für Terminvereinbarungen
bevorzugt verwendet werden:



Stief-/Pflegeeltern / Sonstige Betreuungspersonen

Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf/Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

Email-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geschwister

Geburtsjahr	Geschlecht		Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister		
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
	männlich	weiblich	Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister

Hausarzt

Name des Haus-/Kinderarztes

Straße, Hausnummer des Haus-/Kinderarztes

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

gesetzlich

privat

Name der Krankenkasse

Schule / Ausbildung

Welche Schule / Klasse bzw. Ausbildung besucht ihr Kind aktuell

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von

Name/Vorname/ggfs. Einrichtung:

Probleme / Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

Untersuchungen / Beratungen

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)?

Wenn ja: wann, wo und warum:

nein

ja

Gründe für frühere Untersuchungen/Beratungen:

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung?

nein

ja

Name der Praxis / Klinik:

Bestehen körperliche Erkrankungen / Allergien bei Ihrem Kind?

nein

ja

Wenn ja: welche und seit wann?

Erhält Ihr Kind Medikamente?

nein

ja

Wenn ja: welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie?

nein

ja

Wenn ja: welche und seit wann?

Welche Therapien besuchte Ihr Kind früher

Schwangerschaft/Geburt

Gab es während der Schwangerschaft Probleme, wenn ja welche?

Gab es während der Geburt Probleme? Wenn ja, welche?

Geburtsdaten

Entbindung in der SSW

Geburtsgewicht Gramm

Größe cm

APGAR / /

Gab es nach der Geburt Probleme, wenn ja welche?

Angaben zur frühkindlichen und kindlichen Entwicklung (Geburt bis 6. Lebensjahr)

Gab es Auffälligkeiten bei der motorischen Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Laufen)?

nein

ja

Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung?

nein

ja

Gab es Auffälligkeiten bei der Sauberkeitsentwicklung?

nein

ja

Gab es Auffälligkeiten bei der emotionalen und sozialen Entwicklung?

nein

ja

Sonstige Auffälligkeiten



Für den Fall des **geteilten Sorgerechts** versichere ich, dass die Untersuchung und Behandlung mit Einverständnis des anderen Elternteils geschieht. Ich versichere, dass ich eine schriftliche Einverständniserklärung umgehend nachreichen werde.

Lieber Patient, liebe Eltern,

um einen möglichst geregelten Praxisablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie abschließend, folgende Punkte zu beachten:

1. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie die üblichen Wartezeiten. Diese Termine werden **ausdrücklich für Sie oder Ihr Kind freigehalten**. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Std. (Mo–Fr) vorher, abzusagen. Bei Erkrankung bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung oder Rückfrage. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage muss Ihnen ein **Stundenausfallhonorar von 61,20 €** in Rechnung gestellt werden.
2. **Stellungnahmen oder Gutachten** (z.B. an Jugendamt) sind **nicht im Leistungskatalog** der Krankenkassen enthalten und müssen daher privat in Rechnung gestellt und vor Erstellung bar oder per EC-Karte bezahlt oder per Überweisung werden.
3. **Privatliquidationen** werden entweder von uns selbst durchgeführt oder von uns an eine privatärztliche Abrechnungsstelle weitergegeben, die bevollmächtigt ist unsere Honorarforderungen einzuziehen. Die Abrechnungsstellen arbeiten ausschließlich auf unsere Weisungen und unterliegen ebenso wie ein Arzt der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB) und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG). Durch ihre Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis, dass gemäß § 4 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz Ihre zur Rechnungsstellung, Geltendmachung und Abtretung notwendigen personenbezogenen Daten an die entsprechende Abrechnungsstelle und ihre Erfüllungsgehilfen übermittelt werden können. Nur in diesem Umfang findet eine Befreiung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB) statt. Gerichtsstand ist München.
4. Ich erkläre mich einverstanden bei Bedarf eine **Terminreminder** per E-Mail oder SMS o.ä. zu erhalten.
5. Für den Fall, dass zur **Befunddokumentation** oder internen Qualitätssicherung **Fotos** oder **Videoaufzeichnungen** von meinem Kind/ Jugendlichen gemacht werden, bin ich einverstanden.
6. Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen mit:
 - a. **Einverständniserklärung** des 2. Elternteils im Falle getrennt lebender Eltern, bzw. im Falle von geteiltem Sorgerecht.
 - b. Vollständig ausgefüllten **Anamnesebogen** (kann online ausgefüllt werden)
 - c. Sämtliche Schulzeugnisse in **Kopie**
 - d. (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbriefe in **Kopie**
 - e. Gelbes **Untersuchungsheft**
 - f. **Krankenkassenkarte des Kindes**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Vorname, Nachname

Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

