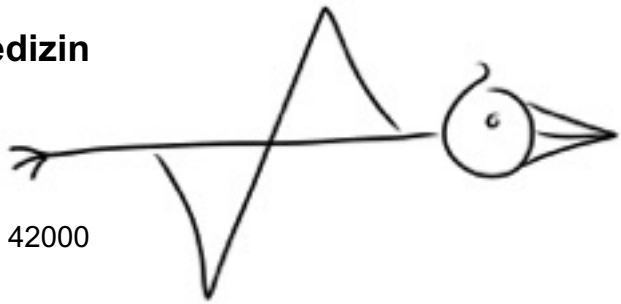


# Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

- Psychotherapie -

Dr. med. Britta Schmitz

Heidesheimer Str. 26, 55124 Mainz, T 06131 42000



Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, den Anamnesebogen soweit wie möglich auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Bei Rückfragen steht Ihnen das Praxisteam gerne zur Verfügung.

## Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kind lebt beim Vater

Adresse: \_\_\_\_\_

Mutter

Straße/Ort \_\_\_\_\_

Sonstige

## Angaben zu den Eltern:

Name des 1. Elternteils: \_\_\_\_\_

Name des 2. Elternteils: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wieviertes Kind? \_\_\_\_\_

Wieviertes Kind? \_\_\_\_\_

Wievierte Schwangerschaft?

Sorgeberechtigt Ja  Nein

Sorgeberechtigt Ja  Nein

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Angaben zu weiteren Sorgeberechtigten

---

Anamnesebogen, Seite 2:

Sind Allergien bekannt (insbesondere Medikamentenunverträglichkeiten)?

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

---

Wurden bei Ihrem Kind bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?

---

Gibt es Besonderheiten der Ernährung?

---

Sind in der Familie chronische Erkrankungen aufgetreten?

z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, etc.?

---

\_\_ Ich/ Wir haben die Datenschutzhinweise gelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_ Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. B. Schmitz oben genannte personenbezogene Daten zur Kontaktaufnahme verwendet werden.

---

Datum

Unterschrift