

Anamnesebogen

Name, Vorname des Patienten			
Geb.-Datum	☐ männlich ☐ weiblich		
Anschrift		PLZ, Ort	
Telefonnummer			
E-Mail	☐ Privat Versichert	☐ Kosten- Erstattung	☐ Gesetzlich
Krankenkasse			
Wer ist Erziehungs-/Sorgeberechtigt?	☐ Beide	☐ Vater	☐ Mutter
Bei wem / über wen ist das Kind mitversichert?		☐ Vater	☐ Mutter
Name des Hauptversicherten		Geb.-Datum	
Rechnungsadresse, falls abweichend		PLZ, Ort	
Beruf der Eltern			
Anzahl, Alter der Geschwister			
Angaben zur Geburt			
Geburtsklinik: _____			
SSW _____ Geburtsgewicht _____ Geburtsgröße _____			
Geburtsmodus:			
☐ Spontan ☐ Glocke ☐ Kaiserschnitt ☐ Zange			
Mein Kind besucht zurzeit:		Durchgemachte Krankheiten:	
☐ Kindergarten ☐ Grundschule		☐ Masern ☐ Windpocken ☐ Mumps	
☐ Oberschule ☐ Ausbildung o.ä.		☐ Röteln ☐ Scharlach	
Andere schwere Erkrankungen:			
Aktuelle Medikamente:		Menge/ Dosierung pro Tag:	
Erkrankungen innerhalb der Familie:			

> > Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite < <

Behandlungsvertrag

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.
2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Bitte ankreuzen!

☐ Überweisender Arzt – ist der Hausarzt/ Kinderarzt			☐ ja ☐ nein	
Name	Fachgebiet	Ort	Mit Bericht einverstanden Ja ☐	Nein ☐
Gewünschte Untersuchung				

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden §73 Abs. 1 b SGB V

Bitte ankreuzen!

Mein behandelnder Hausarzt darf Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen, die beispielweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungsbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen und **mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut** darf die für meine Behandlung erforderlichen **Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungsbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholen**. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, die Informationen an meinem Hausarzt weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden, mein Hausarzt darf diese Informationen zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

☐ Ja, ich bin damit einverstanden!

☐ Nein, ich bin damit nicht einverstanden!

Ich bin einverstanden, per SMS/ Mail an einen anstehenden Termin in der Praxis erinnert zu werden.

☐ Ja, ich bin damit einverstanden!

☐ Nein, ich bin damit nicht einverstanden!

Terminvereinbarungen: Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine können kostenpflichtig sein. Die jeweils gültigen Terminbedingungen sind auf unserer Website sowie bei der Terminbuchung einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U3

Name _____

Geburtsdatum _____

Ausgefüllt von ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten.

Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?		
Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?	nein ☐	ja ☐
Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?	nein ☐	ja ☐
Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?	nein ☐	ja ☐
Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?	nein ☐	ja ☐
Auffälliger Antikörper-Suchtest bei der Mutter?	nein ☐	ja ☐
Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?	nein ☐	ja ☐
Besondere psychische oder soziale Belastungen?	nein ☐	ja ☐
Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?		
Geburt aus Beckenendlage	nein ☐	ja ☐
Andere Probleme? Welche: _____	nein ☐	ja ☐
Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...		
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	nein ☐	ja ☐
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?	nein ☐	ja ☐
auffälliges Schreien?	nein ☐	ja ☐
Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...		
Augenerkrankungen (z.B. kindlichen grauen Star, Schielen, erhebliche Fehlsichtigkeiten)?	nein ☐	ja ☐
angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?	nein ☐	ja ☐
Immundefekte?	nein ☐	ja ☐
Hüftdysplasie oder Kinder, die eine Spreizhose getragen haben?	nein ☐	ja ☐
Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	nein ☐	ja ☐
Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	nein ☐	ja ☐
Leben Sie selbst in einer betreuten Einrichtung?	nein ☐	ja ☐
Sind Sie als Mutter and/oder Vater Allergiker?	nein ☐	ja ☐

Wie ernähren Sie Ihr Kind?		
Stillen Sie Ihr Kind voll?	ja ☐	nein ☐
Wenn ja, wie oft? _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.		
Wenn nein, was füttern Sie alternativ/ergänzend?		
Wie oft? _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.		

-Bitte beantworten sie auch die Fragen auf der nächsten Seite-

Mein / unser Baby kann ...		
Grobmotorik		
...seinen Kopf in schwebender Bauchlage für wenigstens drei Sekunden halten.	ja ☐	nein ☐
...seinen Kopf in Rückenlage für zehn Sekunden in Mittelstellung halten.	ja ☐	nein ☐
Feinmotorik		
...seine Hände spontan öffnen (häufiger sind die Hände noch eher geschlossen).	ja ☐	nein ☐
Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung		
...mit den Augen einem Gesicht/Gegenstand nach beiden Seiten bis mind. 45 Grad folgen.	ja ☐	nein ☐
Soziale / emotionale Kompetenz		
...aufmerksam auf nahe Gesichter von Mama/Papa/nächster Bindungspersonen schauen.	ja ☐	nein ☐

Mein Baby...	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
...schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund					
...lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif					
... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf					
...lässt sich keinen Moment ablegen					
...verweigert die Brust/ die Flasche					
...ist extrem irritierbar					
...ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern					
Familiäre Situation					
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen					
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigsten stundenweise entlastet					
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen					
Die Nerven liegen blank					
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen					
Die Probleme belasten die Partnerschaft					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen					
Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation und Hilfslosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut					

(Fragebogen nach M. Papousek)

-Bitte beantworten sie auch die Fragen auf der vorherigen Seite-

Einverständniserklärung zu Impfungen

PATIENT: _____ **geb.:** _____

Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er/ Sie hat mir den Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er/Sie hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) einverstanden.

Impfungen zur Grundimmunisierung (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☒ Diphtherie - D	☒ RSV (Beyfortus®)
☒ Pertussis - P (Keuchhusten)	☒ Rotavirus (Schluckimpfung)
☒ Tetanus – T (Wundstarrkrampf)	☒ Pneumokokken
☒ Polio (Kinderlähmung)	☒ Masern-Mumps-Röteln (MMR)
☒ Haemophilus Influenza Typ B (HiB)	☒ Varizellen (Windpocken)
☒ Hepatitis B	☒ Meningokokken B

Jugendimpfungen (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☐ D-P-T-Polio (Repevax®) – 4-fach	☐ HPV (Humane Papillomaviren)
☐ Meningokokken (ACWY)	☐

Weitere mögliche Impfungen

☐ FSME (Zeckenenzephalitis)	☐ Influenza (Virusgrippe)
☐ Corona / Covid-19	☐ Hepatitis A
☐	☐

Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit den Impfungen einverstanden sind.

Weiterführende Informationen zu den Impfungen finden Sie auch auf der Internetseite der STIKO unter www.RKI.de.