

---

## Patientenanamnesebogen U2

### Familienanamnese

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Beiden Eltern oder bei  \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter:  Beide Eltern  Mutter  Vater  anderer

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Hauptversicherte Person:  Mutter  Vater

Sind die Eltern  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  geschieden

### Geschwister:

weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen in der Familie:

(z.B. Asthma bronchiale, Allergie, Ekzem/ Neurodermitis, Heuschnupfen, Herzfehler, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Epilepsie, Rheuma, Zöliakie, Schuppenflechte, Hüfterkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Sehstörungen, Brillenträger) **Wenn ja, wer?**

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:**  ja  nein

Welche?: \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten während oder nach der Geburt:**  ja  nein

Welche?: \_\_\_\_\_

---

**Geburtsgewicht:** \_\_\_\_\_ **Größe:** \_\_\_\_\_ **Kopfumfang:** \_\_\_\_\_

**Gestationsalter:** : \_\_\_\_\_ **SSW** **Geburtsart:** \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sofort geschrien?  nein  ja

APGAR-Werte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NapH-Wert: \_\_\_\_\_

Hörtest (TOAE / AABR) auffällig?  nein  ja

NG-Screening auffällig?  nein  ja

Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden?  nein  ja

Musste Ihr Kind in die Kinderklinik verlegt werden?  nein  ja

Wenn ja, in welche? \_\_\_\_\_

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.

Infektionen (Erreger: \_\_\_\_\_)

Krampfanfälle

vermehrtes Schreien

Schlafstörungen

Ernährungsstörungen / Gedeihstörungen

sonstige \_\_\_\_\_

**Neugeborenenengelbsucht:**

leicht  mittel  stark  nein

**Ultraschall der Hüften:**

unauffällig  Therapie  Kontrolle

**Vitamin D Prophylaxe:**  D-Fluorette

Vigantoletten

Vigantöl

Nein

Die Vitamin D Prophylaxe sollte in den ersten 12 bzw. 18 Lebensmonaten durchgeführt werden. Rezepte sind jederzeit an der Anmeldung erhältlich.

**Mit welcher Nahrung wird das Kind ernährt?**

Muttermilch  Pre-Nahrung  „1er“-Nahrung  HA-Nahrung  sonstiges \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.

Ausgefüllt von  Mutter  Vater

Datum und Unterschrift: