



Anamnesebogen für Kinder

Name, Vorname

aktuelle Telefonnummer

Email

Geburtsdatum

Kinderarzt

K

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Sie erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Kommen in der Familie Augenerkrankungen vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="radio"/> Grauer Star (Cataract) |
| <input type="radio"/> Hornhautverkrümmung (Astigmatismus) | |
| <input type="radio"/> Kurzsichtigkeit (Myopie) | <input type="radio"/> Weitsichtigkeit (Hyperopie) |
| <input type="radio"/> Schielen (Strabismus) | |
| <input type="radio"/> Kinder mit Brillen o. Verwandte, die als Kind eine Brille trugen/schielten | |
| <input type="radio"/> Hat jemand ein schlecht sehendes Auge, das mit Brille nicht besser wird (Amblyopie) | |

ja
 nein

Ist die Geburt normal verlaufen?

Wenn nein, was ist vorgefallen? _____

ja
 nein

Wie verläuft die kindliche Entwicklung?

- | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Sprachentwicklung | <input type="radio"/> altersgemäß | <input type="radio"/> verzögert |
| Malen und Ausschneiden | <input type="radio"/> altersgemäß | <input type="radio"/> verzögert |

Trat jemals ein Krampfanfall auf?

Ist das Kind zappelig unruhig ?

Hat es Konzentrationsschwierigkeiten?

Hat es öfter Kopfschmerzen?

Liest es/schaut es gern Bücher an?

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?

Wenn ja, wann? _____ bei wem? _____

Wurde eine Brille verordnet?

ja nein

Augenanamnese:

- Haben bisher beide Augen gleich gut gesehen?
wenn nein: Welches war/ist schlechter? _____
- Augenoperationen: _____
Wann? _____
- Augenverletzungen (z. B. Hornhaut) _____
- Augenerkrankungen _____

ja nein

Sind bei dem Kind allergische Reaktionen bekannt?

- Heuschnupfen _____
- Medikamentenallergie, wenn ja welche: _____
- Besitzen Sie einen Allergieausweis? _____

Nimmt es regelmäßig Medikamente?

wenn ja, welche: _____

Sind Allgemeinerkrankungen bekannt?

wenn ja, welche: _____

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und dass ich Änderungen beim nächsten Praxisbesuch sofort mitteile.

Datum, Unterschrift

- Vater
- Mutter
- Verwandtheitsgrad: _____