

## Anmeldung

**Kind:**

Name                                  Vorname                                  geb. am

**Mutter:**

Name                                  Vorname                                  geb. am                                  Beruf

**Vater:**

Name                                  Vorname                                  geb. am                                  Beruf

**Telefon:**

Privat                                  geschäftlich/mobil                                  E-Mail Adresse

Adresse des Versicherten

PLZ / Ort                                  Straße / Hausnummer

**Krankenversicherung:**

Gesetzliche Versicherung: \_\_\_\_\_  private Versicherung: \_\_\_\_\_

Das Kind ist mitversichert bei:     Mutter                                   Vater

Das Sorgerecht hat:                           Mutter                                   Vater                                   beide

**Kinderarzt / Hausarzt (Name, Ort)**

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Freunde/Bekannte                                   Google/Website                                   Jameda

Facebook                                   Sonstiges \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

<p><b>Nimmt das Kind Medikamente ein?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Medikamente: _____</p> <p><u>Herz / Kreislauf</u></p> <p>Herzfehler                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Herzgeräusche                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Herzpass                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges _____</p>	<p><u>Nervensystem</u></p> <p>Epilepsie                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Krämpfe                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Neurolog. Störungen _____</p> <p><u>Blutkrankheiten</u></p> <p>Hämophilie (Bluter)                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Anämie (Blutarmut)                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges _____</p>
<p><u>Stoffwechsel</u></p> <p>Diabetes                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schilddrüsenüberfunktion                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schilddrüsenunterfunktion                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges: _____</p>	<p><u>Allergien</u></p> <p>Asthma                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Allergie                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Reagiert allergisch auf: _____</p> <p>Latexallergie                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Allergiepass                                  <input type="checkbox"/> ja                                  <input type="checkbox"/> nein</p>

