



Allgemeinanamnese - Kinder

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Hauptversicherungsnehmer: _____ geb. _____

Versicherung: _____

E-Mail-Adresse: _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind andere wichtige Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

War Ihr Kind eine Frühgeburt? ja nein

Gab es schwere Komplikationen in der Schwangerschaft? ja nein

Leidet ihr Kind an Epilepsie? ja nein

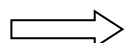
Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe? ja nein

Leidet Ihr Kind an anderen wichtigen Erkrankungen? ja nein

(hoher Blutdruck, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, etc.)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?



Augenanamnese

War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ Monat/Jahr

Trägt Ihr Kind eine Brille? ja nein

Tragen Sie als Eltern oder die Geschwister Ihres Kindes eine Brille? ja nein

Wenn ja, wer? _____

Liegt ein Schielen bei Ihnen als Eltern oder bei den Geschwistern vor? ja nein

Ihres Kindes vor? Wenn ja, wer? _____

Liegt eine Sehschwäche bei Ihrem Kind oder bei den Geschwistern vor? ja nein

oder bei Ihnen als Eltern vor? Wenn ja, bei wem? _____

Liegt eine vererbte Augenerkrankung bei Ihrem Kind oder innerhalb der Familie vor? ja nein

Wenn ja, bei wem und welche? _____

Leidet Ihr Kind an einer Erb- oder anderen schweren Augenkrankheit? ja nein

Ist bei Ihrem Kind bereits eine augenärztliche Untersuchung mit weitgestellter Pupille erfolgt?

ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ / _____ Monat/Jahr

Wurde diese gut vertragen? ja nein

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Pupillenerweiterung die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr, Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)