

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Kinder

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum:

Geschlecht: männlich weiblich Nationalität: Alter:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind krank? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihr Kind gegen Krankheiten geimpft? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihrem Kind ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oder hatte Ihr Kind eine ansteckende Krankheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindsucht (Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Windpocken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röteln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat Ihr Kind Schmerzen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind Fieber? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind starken Husten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Kind Übelkeit, Erbrechen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Hat Ihr Kind Bauchkrämpfe oder Durchfall? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat Ihr Kind Hautausschlag? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

.....
Unterschrift der Eltern

Bemerkung durch den Arzt:

.....
Unterschrift Arzt