



Dr. med. Agathe Traut
 Dr. med. Sascha Kalkbrenner
 Brückenstr. 2a 54338 Schweich

U3 Anamnese

Name und Vorname:
 Adresse:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

		Ja	NEIN
1.	Gibt es Trinkschwierigkeiten oder Schluckstörungen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Nahrung und welche Menge bekommt das Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Gibt es auffällige Stühle?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Schreit es schrill oder kraftlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gibt es in Ihren Familien Erbkrankheiten, wenn ja, bei wem?		
	▪ Epilepsie		
	▪ Herzfehler		
	▪ Diabetes		
	▪ Bluthochdruck		
	▪ Hüfterkrankungen		
6.	Gibt es in Ihren Familien Allergien? Welche? Bei wem?		
7.	Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
8.	Haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie viel:		
9.	Haben Sie in der Schwangerschaft Alkohol zu sich genommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie viel:		
10.	Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	Sehen Sie Auffälligkeiten in der Entwicklung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, was?		
12.	Wurde die Fluor- oder Vitamin D-prophylaxe eingeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Wie groß sind die Eltern? Vater: _____ Mutter: _____		
14.	Ich bin mit evtl. erforderlichen Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) einverstanden:		<input checked="" type="checkbox"/>

Unterschrift

Vielen Dank.