

Dr. med. Sandra Kaiser

Dr. med. Silke Kramer

Dr. med. Anne Michalk

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Kinderkardiologie

Neonatologie

Gemeinschaftspraxis Pfullingen

Kurze Straße 42 • 72793 Pfullingen

Tel.: 0 71 21 / 718 44 • Fax: 0 71 21 / 75 44 07

praxis@kinderzentrum-echaz.de • www.kinderzentrum-echaz.de

Gemeinschaftspraxis Münsingen

Bahnhofstraße 9 • 72525 Münsingen

Tel.: 0 73 81 / 938 68 68 • Fax: 0 73 81 / 938 68 69

muensingen@kinderzentrum-echaz.de • www.kinderzentrum-echaz.de

**KINDERZENTRUM
AN DER ECHAZ**

Kinderkardiologische Anamnese / Krankengeschichte

Familiennamen:		Aktuelle Größe: _____ cm
Vorname:		Aktuelles Gewicht: _____ kg
Geburtsdatum:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		
Schwangerschaft:	☐ unauffällig ☐ auffällig	<i>Falls auffällig, was war auffällig?</i>
Geburt:	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt Ort: _____	SS-Woche: _____ Geburtsgewicht: _____ g APGAR: ____ / ____ / ____
Bisherige Entwicklung:	Krabbeln mit _____ Monaten Laufen mit _____ Monaten Sprechen mit _____ Monaten	<i>Notiz</i>
KiTa KiGA Schule	☐ ☐ ☐ <i>Welche Klasse und Schulform?</i>	
Vereinssport	☐ ja ☐ nein	<i>Falls ja, welchen Sport, wie häufig pro Woche?</i>
Körperliche Belastbarkeit (im Vergleich zu Gleichaltrigen)	☐ normal ☐ schlecht	<i>Notiz</i>
Gedeihen (im Vergleich zu Gleichaltrigen)	☐ gut ☐ schlecht	<i>Notiz</i>
Vorerkrankungen: (Allergien/Operationen/etc.)	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, welche?</i>
Medikamente (ständig o. gelegentlich eingenommen werden)	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, welche?</i>
Blaue Lippen / Finger	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welchen Situationen?</i>
Auffällige Atmung	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welchen Situationen?</i>
Vermehrtes Schwitzen (Schweißperlen auf der Stirn)	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welchen Situationen?</i>
Gehäufte schwere Infekte (Bronchitis / Pneumonie)	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, wie oft im Jahr?</i>
Herzrasen /- stolpern	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welcher Situation, wie lange ist diese aufgetreten?</i>
Brustschmerzen	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welcher Situation, wie lange ist diese aufgetreten?</i>
Blässe	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welcher Situation, wie lange ist diese aufgetreten?</i>
Bewusstlosigkeit / beinahe Bewusstlosigkeit	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, in welcher Situation, wie lange ist diese aufgetreten?</i>
Schwindel	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, wann?</i>

Dr. med. Sandra Kaiser
Dr. med. Silke Kramer
Dr. med. Anne Michalk

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
 Kinderkardiologie
 Neonatologie

Gemeinschaftspraxis Pfullingen
 Kurze Straße 42 • 72793 Pfullingen
 Tel.: 0 71 21 / 718 44 • Fax: 0 71 21 / 75 44 07
 praxis@kinderzentrum-echaz.de • www.kinderzentrum-echaz.de

Gemeinschaftspraxis Münsingen
 Bahnhofstraße 9 • 72525 Münsingen
 Tel.: 0 73 81 / 938 68 68 • Fax: 0 73 81 / 938 68 69
 muensingen@kinderzentrum-echaz.de • www.kinderzentrum-echaz.de

**KINDERZENTRUM
 AN DER ECHAZ**

Familienanamnese		
	Geschwister (Name, Geschlecht, Alter)	<i>Wurden Erkrankungen bei den Geschwistern diagnostiziert? Wenn ja, welche?</i>
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____
Angeborene Herzfehler / Herzerkrankungen / Herz- rhythmusstörungen	☐ nein ☐ ja	<i>Falls ja, welche?</i>
Unklare Todesfälle vor dem 30. Lebensjahr	☐ nein ☐ ja	<i>Notiz</i>
Innenohrschwerhörigkeit / Taubheit	☐ nein ☐ ja	<i>Notiz</i>

BITTE bringen Sie folgende Dinge am Tag der kinderkardiologischen Untersuchung mit:

1. *DIESEN* ausgefüllten Anamnesebogen
2. Chipkarte und ggf. Überweisung
3. Das gelbe Vorsorgeheft
4. Ein Handtuch

Perfekt für ALLE wäre es, wenn ihr Kind während der **Ultraschalluntersuchung (Dauer ~20min)** möglichst ruhig liegt. **Sie kennen Ihr Kind am besten, lassen Sie sich Etwas einfallen!**
 (Zum Bsp. Vorlesen, Hörspiele, Kurzfilme, Kuscheltier, Spielzeug, Trinken, Schlafen etc.)

Ihr KINDERZENTRUM AN DER ECHAZ

Bitte beachten Sie, dass vereinbarte Termine verbindlich sind.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um eine frühzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher). Dies ermöglicht es der Praxis, den Termin anderweitig vergeben. Andernfalls behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 Euro in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Pfullingen, den _____

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten