



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN



Anamnesebogen Kinder- und Jugendsprechstunde

Prof Dr. K. Giehl / Dr. L. Frommherz/ Dr. Nizar Murshid

Nachname: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Facharzt: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Datum:.....

Überweisung/Empfehlung durch:

Allgemeine Anamnese:

Grund der Vorstellung:

Welche Beschwerden stehen im Vordergrund?

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

Sind chronische Vorerkrankungen bekannt?

Wurden mit den Beschwerden bereits andere Spezialisten aufgesucht? Wo, bei wem?

Sind frühere Befunde vorhanden? (Bitte alle Vorbefunde mitbringen! – Wenn möglich in Kopie)

Gab es bisher schon mal eine Operation? Wenn ja, weswegen?

Spezielle dermatologische Anamnese:

Beginn:

Verlauf:

Verbesserung / Verschlechterung:

Saisonale Besserung:

Winter / Sommer

Freizeitverhalten:

☐ normal

☐ Outdoor-

☐ Indoor - Tätigkeiten

Ernährungsgewohnheiten:

☐ normal

☐ Diäten

Medikamente: +/-

Homöopathie: +/-

Vit D.-Substitution: +/-

Häufige Infekte: +/-

Hohes Fieber: +/-

Allergie: +/-

Schwitzen möglich: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Vermehrt

Rauchen: +/-

Alkohol: +/-

Ausbildung/Beruf:

Allergische Erkrankungen:

☐ Heuschnupfen

☐ Neurodermitis

☐ allergisches Asthma

☐ Medikamentenallergie

☐ Kontaktallergie

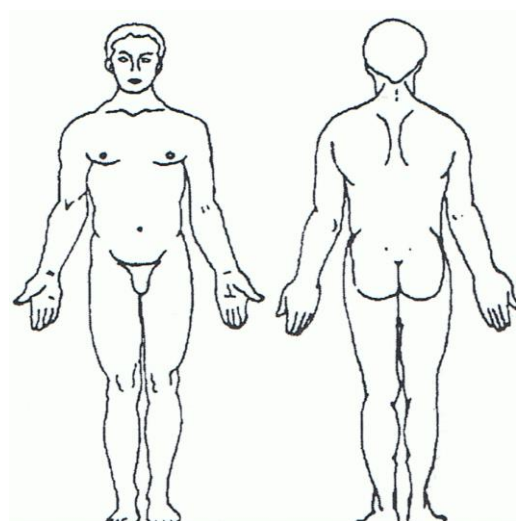
Ist ein Allergiepass vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

Hautbefund

(Bitte betroffene Stellen markieren)



- ☐ Nägel
- ☐ Zähne
- ☐ Haare

Spezifische Anamnese

Wurde bisher ein Pfeiffersches Drüsenfieber diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Bestehen häufig Infektionen?

Wurde schon mal eine (chirurgische) Hautprobe entnommen?

Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

Sind folgende Erkrankungen in der Familie aufgetreten?

Heuschnupfen ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ Ja, bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Neurodermitis ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ Ja, bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Asthma ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ Ja, bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Wurde bereits eine Behandlung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Welche Therapie wurden aufgrund der Beschwerden bis dato verordnet?

Welche Medikamente/Salben etc. werden regelmäßig eingenommen/verwendet?

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!