

ANAMNESEBOGEN KINDER

Name Vorname

Telefon Mobil (Eltern) Kinderarzt

Augenfarbe blau braun grau grün

Sind Brillenträger in der Familie?

ja / nein

Leibliche Mutter? kurzsichtig weitsichtig Hornhautverkrümmung Unbekannt

Leiblicher Vater? kurzsichtig weitsichtig Hornhautverkrümmung Unbekannt

Sind Schieler in der Familie?

ja / nein

Leibliche Mutter?

Leiblicher Vater?

Trägt Ihr Kind eine Brille oder hat es einmal eine Brille getragen?
1. Brille im Alter von Jahren.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

ja / nein

Verlieft die Geburt normal und termingerecht?
Wenn nein, bitte ankreuzen; Frühgeburt

Chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?:

Allergien? Wenn ja, welche?:

Krampfneigung? / Fieberkrampf?

Epilepsie?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?
Wenn ja, welche?: