

Palliativmedizinische Einheit in der Kinderklinik Insel Tobi

Anamneseformular

Anamnese erhoben am: _____

durch: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Konfession: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Mobil 1: _____

Mobil 2: _____

Fax: _____

E-Mailadresse: _____

Abweichende Adresse der gesetzlichen Vertreter auf Seite 2!

Wie sind Sie auf die Insel Tobi aufmerksam geworden?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Schule / KiGa | <input type="checkbox"/> Fernsehberichte |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte | |

Anlagen:

- Einverständniserklärung
- Patientenverfügung
- Einverständnis: Fixierung

Kooperierende Einrichtungen:

Name / Ansprechpartner	Adresse	Telefon
Kinderarzt:		
Klinik:		
KiGa/ Schule/ Werkstatt:		
Physiotherapeuten:		
Sanitätshaus:		
Pflegedienst:		
Sonstige:		

Aktualisierungen auf der Rückseite!

Weitere Stammdaten:

Krankenkasse: _____ Pflegestufe: _____

Befreiung der Praxisgebühr? ja nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Kennt Ihr Kind Kurzzeitpflege? ja nein

Kind lebt bei: _____

Gesetzlicher Vertreter:

Eltern Mutter Vater

Pflegeeltern Betreuer

Auskunft an: _____

Geschwister:

1 _____ / _____
Name Geb.Datum

2 _____ / _____
Name Geb.Datum

3 _____ / _____
Name Geb.Datum

4 _____ / _____
Name Geb.Datum

5 _____ / _____
Name Geb.Datum

Diagnose: _____

Kinderkrankheiten:

Masern Mumps Windpocken
 Scharlach Röteln Keuchhusten
 Diphtherie

Impfungen: _____

Allergien: _____

Allergische Reaktion: _____

Mutter:	
Name / Adresse _____	
PLZ/Ort _____	Tel.nummer _____
Vater:	
Name / Adresse _____	
PLZ/Ort _____	Tel.nummer _____
Weitere Ansprechpartner:	
Name / Adresse _____	
PLZ/Ort _____	Tel.nummer _____