

ANLAGE B

**FAMILIENANAMNESE (ELTERN, GESCHWISTER, GROSSELTERN) FÜR
FOLGENDE ERKRANKUNGEN:**

Bluthochdruck ☐	Herzinfarkt ☐	Schlaganfall ☐
Herzerkrankungen ☐	Asthma/Allergien ☐	Diabetes ☐
Neoplasien (Tumorerkrankungen) ☐	Schilddrüsenerkrankungen ☐	Epilepsie ☐
Genetische Erkrankungen ☐	Andere relevante Erkrankungen ☐	
Angabe der Erkrankungen:		

NIMMT DER/DIE MINDERJÄHRIGE DAUERHAFT MEDIKAMENTE IM RAHMEN EINER CHRONISCHEN THERAPIE EIN?

JA ☐ **NEIN** ☐

LISTE DER EINGENOMMENEN MEDIKAMENTE:

Bitte Name, Darreichungsform/Applikationsweg sowie Dosierung (Dosis und Art der Einnahme) angeben:

PATHOLOGISCHE ANAMNESE DES/DER MINDERJÄHRIGEN

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ☐	Erkrankungen des Atmungssystems ☐	Erkrankungen des Nervensystems ☐
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts ☐	Erkrankungen des Urogenitalsystems ☐	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ☐
Erkrankungen des endokrinen und metabolischen Systems ☐	Erkrankungen des hämatopoetischen Systems (Blut) ☐	Erkrankungen des Hörapparats ☐
Augenerkrankungen ☐	Infektionskrankheiten ☐	Erkrankungen des Immunsystems ☐
Neoplasien (Tumorerkrankungen) ☐	Hauterkrankungen ☐	Chirurgische Eingriffe ☐
Allergien ☐	Frühere Krankenhausaufenthalte ☐	Sonstiges ☐
Angabe der Erkrankungen:		

Ort und Datum

Unterschrift des/der Inhabers/Inhaberin der elterlichen Verantwortung, gesetzlichen Vormunds oder Sachwalters/Sachwalterin (Person, die die anamnestischen Angaben gemacht hat)

Herr/Frau

Hinweis: Eine Kopie des Ausweisdokuments des/der Inhabers/Inhaberin der elterlichen Verantwortung, gesetzlichen Vormunds oder Sachwalters/Sachwalterin (Person, die die anamnestischen Angaben gemacht hat) ist beizulegen.

ALLEGATO B

ANAMNESI FAMILIARITÀ (GENITORI, FRATELLI, NONNI) PER LE SEGUENTI MALATTIE:

Ipertensione ☐	infarto ☐	ictus cerebrale ☐
Cardiopatie ☐	Asma/Allergie ☐	Diabete ☐
Neoplasie ☐	Tireopatie ☐	Epilessia ☐
malattie genetiche ☐	Altre patologie rilevanti ☐	
Specificare patologie: 		

IL MINORE ASSUME FARMACI CONTINUATIVAMENTE PER TERAPIE CRONICHE?

SI ☐ **NO** ☐

ELENCO FARMACI ASSUNTI:

Indicare nome, forma farmaceutica/ via di somministrazione, posologia (dosi e modalità di somministrazione dei medicinali)

ANAMNESI PATOLOGICA DEL MINORE

patologie apparato cardiovascolare ☐	patologie apparato respiratorio ☐	patologie sistema nervoso ☐
patologie apparato gastrointestinale ☐	patologie apparato urogenitale ☐	patologie apparato muscolo-scheletrico ☐
patologie apparato endocrino metabolico ☐	patologie apparato ematopoietico ☐	patologie apparato uditivo ☐
patologie apparato visivo ☐	patologie infettive ☐	patologie sistema immunitario ☐
Neoplasie ☐	patologie dermatologiche ☐	Interventi chirurgici ☐
Allergie ☐	Precedenti ricoveri ☐	Altro ☐
specificare le malattie: 		

Luogo e data

Firma del/la titolare della responsabilità genitoriale, tutore legale, amministratore/trice di sostegno (persona che ha fornito le informazioni anamnestiche)

Sig./ra.....

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del titolare della responsabilità genitoriale, tutore legale, amministratore/trice di sostegno (persona che ha fornito le informazioni anamnestiche)