

Liebe Eltern und Kinder !

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute das erste Mal bei uns. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ momentan tätig als: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ momentan tätig als: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hauptversicherter \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse (bei Privatversicherung) \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt: beide Eltern  Mutter  Vater  andere

Besondere Familiensituation: (allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod)

\_\_\_\_\_

Geschwister: keine

Name, Alter, Besonderheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_

Betreuung des Kindes durch : Eltern  Großeltern  Tagesmutter

Kindergarten \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Durchgemachte Erkrankungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operationen                      nein                       ja

Welche : \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte      nein                       ja  wann, wo, warum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen    nein                       ja  welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien:                              nein                       ja

Wenn ja, welche ? Wo und durch wen diagnostiziert ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (einschließlich Cremes)    nein                       ja

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_

## Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

- Asthma  \_\_\_\_\_
- Neurodermitis  \_\_\_\_\_
- Allergien  \_\_\_\_\_
- Diabetes  \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen  \_\_\_\_\_
- Epilepsien/Fieberkrämpfe  \_\_\_\_\_
- Augenerkrankungen  \_\_\_\_\_
- Erkrankungen der Hüfte  \_\_\_\_\_
- Erhöhtes Cholesterin  \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

## Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?      nein       ja

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen **während** der Geburt?      nein       ja

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Geburt \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburtsweg: spontan       Kaiserschnitt       Saugglocke

Gab es Komplikationen **nach** der Geburt?      nein       ja

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_

## Entwicklung

Krabbeln: \_\_\_\_\_ Monate

Freies Sitzen \_\_\_\_\_ Monate

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ Monate

Erste Worte \_\_\_\_\_ Monate

Kindergarten: \_\_\_\_\_

Schule/Klasse: \_\_\_\_\_

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf?

Nein

Ja  (Sprachen: \_\_\_\_\_)

Haben wir etwas vergessen, möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_