



**Liebe Eltern,
ganz herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis!**

K

Bevor wir uns in Ruhe Ihrem Kind widmen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben unterstützen uns in der umfassenden Betreuung Ihres Kindes, sie sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Tel: _____

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Tel: _____

Wer ist sorgeberechtigt? beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere ☐

Krankenversicherung: versichert über Mutter ☐ Vater ☐ andere ☐

Adresse des Hauptversicherten falls abweichend von der Adresse des Kindes:

☐ gesetzlich bei: _____ ☐ privat bei: _____

Besteht eine besondere Familiensituation (z.B. allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod)?

Geschwister (Name, Alter, Erkrankungen):

Familiensprache(n):

Erkrankungen der Eltern

Angeb. Hüftdysplasie ☐ Mutter / Vater

Bluthochdruck ☐ Mutter / Vater

Diabetes ☐ Mutter / Vater

Nierenerkrankung ☐ Mutter / Vater

Schilddrüsenerkrankg. ☐ Mutter / Vater

Erhöhtes Cholesterin ☐ Mutter / Vater

Asthma ☐ Mutter / Vater

Neurodermitis ☐ Mutter / Vater

Allergien (welche?) ☐ Mutter:

☐ Vater:

Sonstiges (bitte nennen):



Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der _____ SSW spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐

Entwicklung

Krabbeln: _____ Monate Freies Laufen: _____ Monate Erste Worte: _____ Monate

Anamnese des Kindes

☐ chronische Erkrankungen:

☐ Allergien / Unverträglichkeiten:

☐ Krankenhausaufenthalte:

☐ Operationen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (einschließlich Cremes): nein ☐ ja ☐

>> Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Bisheriger Kinderarzt:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch:

☐ Internet o.Ä.

☐ Sonstiges:

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

Als Terminpraxis halten wir Termine ausschließlich für Sie frei. Sollten Sie nicht zu Ihrem Termin erscheinen oder weniger als 24 Stunden vorher absagen, behalten wir uns vor, Ihnen nach § 615 BGB ein Ausfallhonorar nach GOÄ in Höhe von 32,17€ in Rechnung zu stellen.

Wir nutzen Doctolib für unsere Terminverwaltung, wichtigen Dokumentenverkehr (z.B. Erhebungsbögen der Vorsorge-Untersuchungen) und Terminerinnerungen. Alle Daten werden selbstverständlich entsprechend der Vorgaben des Datenschutzgesetzes verwaltet und nicht an Dritte weitergegeben. Sie erhalten ausschließlich persönliche, terminrelevante Mitteilungen.

Unter welcher E-Mail-Adresse **und** Mobil-Nummer dürfen wir Sie kontaktieren?

E-Mail _____ und SMS _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!