



**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: _____

Telefonnummer privat: _____

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

Beruf: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Beruf: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

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): _____



Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| Angeborene Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien (welche?) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges (bitte nennen) | <input type="checkbox"/> | _____ |

Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der _____ SSW spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Gab es Komplikationen während oder nach der Schwangerschaft / Geburt? nein ja

>> Wenn ja, welche? _____

Entwicklung

Krabbeln: _____ Monate Freies Sitzen: _____ Monate

Freies Laufen: _____ Monate Erste Worte: _____ Monate

Anamnese des Kindes

Allergien / Unverträglichkeiten:

>> Wo und durch wen diagnostiziert?



chronische Erkrankungen:

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?

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von der Mutter / dem Vater / anderer Betreuungsperson

am _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!