

Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!

Sie sind heute zum ersten Mal bei uns in der Kinderarztpraxis. Damit wir uns gleich Ihrem Kind widmen können, möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten. Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum:

Name des Kindes:geb. am:.....

Name Hauptversicherter:Krankenkasse:.....

Adresse:

Telefonnummer:.....Handy:.....

Email.....

Mutter:.....geb:.....Land:.....Beruf:.....

Vater:.....geb:.....Land:.....Beruf:.....

Sorgeberechtigt : beide Eltern Mutter Vater andere :

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

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

.....

Geschwister (Name , Alter, Besonderheiten):

.....

.....

Geburt und Schwangerschaft:

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten?

.....

Geburt: spontan Kaiserschnitt Saugglocke

in der SSW.

Geburtslänge: Geburtsgewicht: Kopfumfang:

Gab es unter oder nach der Geburt Probleme oder Schwierigkeiten bei der Mutter oder beim Kind ?

.....

Neugeborenen-Gelbsucht mit Lampenbehandlung Neugeboreneninfektion

Sind bei **Mutter, Vater** und **Geschwistern** folgende Erkrankungen bekannt?

| | Nein | Ja (und bei wem?) |
|-------------------------------------|------|-------------------|
| Asthma | | |
| Allergien | | |
| Heuschnupfen | | |
| Neurodermitis | | |
| Bluthochdruck | | |
| Diabetes mellitus (Typ 1/2) | | |
| Hüftdysplasie/ Spreizhose getragen | | |
| Fußfehlstellungen (Klumpfuß o. ä.) | | |
| Nierenerkrankungen | | |
| Fieberkrämpfe | | |
| Epilepsie | | |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme | | |
| Erhöhtes Cholesterin | | |
| Übergewicht/ Adipositas | | |
| Schilddrüsenerkrankung | | |
| Unklare Todesfälle/ Fehlgeburten | | |
| Andere chron. Erkrankungen | | |
| Raucher? | | |
| Brillenträger? Stärke? | | |
| Andere chron. Erkrankungen | | |

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam