

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem Anliegen 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 :

ggf. bisheriger Kinderarzt:.....

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

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

.....

Geschwister (Name, Alter, Besonderheiten):

.....

.....

.....

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		

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

Entwicklung:

Krabbeln mit Monaten; Freies Sitzen mit Monaten;
Freies Gehen mit Monaten; Erste Worte mit Monaten.

Welche Sprache wird hauptsächlich in der Familie/ mit dem Kind gesprochen:
außerdem sprechen wir in der Familie:

Betreuung des Kindes durch:

Eltern Großeltern Tagesmutter Krippe Kindergarten

Schule : Klasse:

Durchgemachte Erkrankungen:

Fieberkrämpfe Pseudokrampfanfälle muss oft inhalieren

Befindet sich ihr Kind in **Behandlung** (Ergo-/Physio-/ Psychotherapie, Logopädie)?

nein ja - Wo:.....seit:.....

Operationen: nein ja – Welche?.....

Krankenhausaufenthalte: nein ja – Wo& warum?.....

chronische Erkrankungen: nein ja – Welche?.....

Allergien: nein ja - Welche?.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßige **Medikamente**? nein ja - Wenn ja, welche und in welcher **Dosierung**?.....

Gibt es Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja

Ich bin mit der Entwicklung meines Kindes zufrieden: Ja Nein - Ich mache mir Sorgen über:.....

Falls Sie das Gelbe Vorsorgeheft und den Impfausweis heute noch nicht dabei hatten, bringen Sie die Unterlagen doch bitte beim nächsten Mal mit.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam