



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(n) des Kindes: \_\_\_\_\_

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

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

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

Dienstlich: \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

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

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

Sorgeberechtigt: beide Eltern  Mutter  Vater  andere

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

Geschwister: keine  Name, Alter, Besonderheiten \_\_\_\_\_

### Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

Asthma  \_\_\_\_\_ Neurodermitis  \_\_\_\_\_

Heuschnupfen  \_\_\_\_\_ Diabetes  \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen  \_\_\_\_\_ Bluthochdruck  \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung  \_\_\_\_\_ Erhöhtes Cholesterin  \_\_\_\_\_

Betreuung des Kindes durch: Eltern  Großeltern  Tagesmutter

Krippe  Kindergarten  Schule  \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Durchgemachte Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen nein  ja  Welche: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte: nein  ja  wo und warum: \_\_\_\_\_

chronische Erkrankungen: nein  ja  \_\_\_\_\_

Allergien: nein  ja



Wenn ja, welche? Wo und durch wen diagnostiziert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente (einschließlich Cremes)?    nein        ja   

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **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? \_\_\_\_\_

### **Entwicklung**

Krabbeln: \_\_\_\_\_ Monate    Freies Sitzen: \_\_\_\_\_ Monate

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ Monate    Erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate

Familiensprache:    deutsch        türkisch/kurdisch        polnisch   

                          russisch        vietnamesisch        andere   

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

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

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