

Datum.....

Liebe Eltern,
Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit ich mich gleich ihrem Anliegen widmen kann, möchte ich Sie bitten, einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit ihres Kindes zu beurteilen, bin ich auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die unten stehenden Fragen aus, bei Verständnisfragen helfe ich ihnen gerne.
Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen die sie nicht beantworten möchten, können sie einfach auslassen.

Name des Kindes geb. am

Adresse:

Telefonnummer privat: Handy.....

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

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

Email.....

Sorgeberechtigt : beide Eltern 0 Mutter 0 Vater 0 andere

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

.....

Geschwister (Name , Alter, Besonderheiten)

.....

.....

Sind in der Familie, insbesondere bei Mutter, Vater und Geschwistern folgende Erkrankungen bekannt?

	Nein	Ja	Wenn ja, bei wem
Asthma			
Allergien			
Heuschnupfen			
Neurodermitis			
Bluthochdruck			
Diabetes mellitus			
Hüftdysplasie,Spreitzhose getragen			
Fußfehlstellungen (Klumpfuß o.ä.)			
Nierenerkrankungen			
Fieberkrämpfe			
Epilepsie			
Regelmäßige Medikamenteneinnahme			
Erhöhtes Cholesterin			
Unklare Todesfälle oder Aborte			
Schilddrüsenerkrankung			
Andere chronische Erkrankungen ?			

Geburt und Schwangerschaft

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten ?

.....

Geburt: spontan Kaiserschnitt Sauglocke in derSSWGeb.Gewicht

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

.....

Neugeborenen-Gelbsucht mit Lampenbehandlung Neugeboreneninfektion
andere.....

Entwicklung

KrabbelnMonate Freies SitzenMonate Freies GehenMonate Erste
WorteMonate

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

Betreuung des Kindes durch: Eltern Großeltern Tagesmutter
Krippe Kindergarten
Schule : Klasse:

Durchgemachte Erkrankungen:

.....

Fieberkrämpfe Pseudokrampfanfälle muss oft inhalieren
Operationen nein ja ja
Welche:

.

Krankenhausaufenthalte: nein ja wo und
warum:

chronische Erkrankungen: nein ja

Allergien: nein ja
Wenn ja, welche?
.....

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

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 es doch bitte beim nächsten Mal mit, damit wir die körperliche Entwicklung verfolgen können und sie auf eventuell ausstehende Impfungen aufmerksam machen können.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam