

Liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind zum ersten Mal in unserer Praxis,
daher möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind
freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Namen des Kindes: _____

Geburtsdatum/Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefonnummer privat: _____ mobil: _____

dienstlich: _____ e-mail: _____

Mutter: _____ geb. _____

Vater: _____ geb. _____

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater
andere _____

Bei Patienten, die privat versichert sind:

Rechnungsempfänger: _____

Rechnungsadresse, falls abweichend: _____

Besondere familiäre Situation: (allein erziehend, schwere Erkrankung eines
Familienmitgliedes, Trennung, Tod)

Geschwister: keine
Name, Alter, Besonderheiten

Familiensprache: deutsch

Wenn andere Sprache, welche: _____

Erkrankungen in der Familie

Wenn ja, wer ist betroffen?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenkrankheiten | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | _____ |

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt/nach der Geburt?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht? nein ja

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung? nein ja

Wie lange waren Sie in der Geburtsklinik? _____

Wurden/werden Sie von einer Hebamme betreut? nein ja

Haben Sie andere Unterstützung? nein ja

Ernährung

Welche Milch bekommt Ihr Kind? _____

Wie oft am Tag? _____

Bekommt Ihr Kind Vitamin D u/o Fluor? nein ja

Haben Sie zur Zeit Sorgen / Ängste? nein ja

Möchten Sie noch was ergänzen?

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Unterschrift _____