



Liebe Eltern, liebe Kinder,

herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Sie sind zum ersten Mal (oder nach längerer Pause wieder) in unserer Praxis. Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den aktuellen Datenschutzrichtlinien.

Patientendaten:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Telefon: privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Rechnungsempfänger: **Mutter / Vater / sonstige:** _____
(darf nicht das Kind sein)

Mutter: _____ geb. _____

Vater: _____ geb. _____

Rechnungsadresse: _____
(falls abweichend) _____

Sorgeberechtigt:

beide Eltern Mutter Vater andere wer: _____

Besondere fam. Situation: (alleinerziehend, schwere Erkrankung i.d. Familie, Trennung, Tod):

Geschwister: keine
Name, Alter, Besonderheiten: _____



Kirchplatz 7, 82049 Pullach
Tel: 089-79 37 12 7 Fax: 089-79 37 29 7

Familiensprache: deutsch andere Sprache: welche: _____

Betreuung des Kindes durch:

Eltern Großeltern Tagesmutter Krippe

Erkrankungen in der Familie

(Wenn ja, wer ist betroffen?)

Asthma/Allergien/Neurodermitis _____

Diabetes mellitus _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Nierenerkrankungen _____

Erhöhte Blutfettwerte _____

Bisherige Erkrankungen / Operationen / Klinikaufenthalte:

chronische Erkrankungen:

nein ja welche: _____

Allergien:

nein ja welche: _____

regelmäßig Medikamente:

nein ja welche und in welcher Dosierung: _____

Haben wir etwas vergessen, möchten Sie noch Ergänzungen machen?

Sie können Informationen aus unserer Praxis (u.a. geänderte Öffnungszeiten, Erinnerungen an anstehende Vorsorgeuntersuchungen) über Ihr Smartphone per App erhalten. Dazu müssen Sie sich die App „Mein Kinder- und Jugendarzt“ gratis im App-Store oder bei Google-Play herunterladen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Unterschrift _____