



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

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 Geb.: Besonderheiten:

Name Geb.: Besonderheiten:

Familiensprache: deutsch andere Sprache, welche?

Betreuung des Kindes durch:

Eltern Großeltern Tagesmutter Kindergarten

Krippe Hort Schule/Klasse



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

Erkrankungen in der Familie (Wenn ja, was und wer ist betroffen?)

Allergische Erkrankungen

Endokrinologische Erkrankungen

Nierenerkrankungen

Neurologische Erkrankungen

Sonstiges:

bisherige Erkrankungen / operationen /Klinikaufenthalte:

chronische Erkrankungen:

nein ja, welche:

Allergien:

nein ja, welche: —

regelmässige 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 _____