



Liebe Eltern,

Herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Um Ihr Kind besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsort (Klinik): _____

Adresse: _____

Mutter: _____ geb.: ____ . ____ . ____

Tel.: _____ mobil: _____ / _____

Vater: _____ geb.: ____ . ____ . ____

Tel.: _____ mobil: _____ / _____

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater Andere

Besondere Familiensituation (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, Tod):

Geschwister:

Name: _____ m w Alter: ____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: ____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: ____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: ____ Besonderheiten: _____

Familiensprache (hauptsächlich zuhause gesprochene Sprache):

Deutsch andere Sprache _____

Chronische oder schwere Erkrankungen in der Familie:

Wenn ja, wer ist betroffen (Oma, Onkel, usw. väterlicher- oder mütterlicherseits):

- Asthma: _____
- Heuschnupfen/Allergien: _____
- Neurodermitis: _____
- Hüfterkrankungen: _____
- Diabetes/Schilddrüse: _____
- Herz/Bluthochdruck: _____
- Nierenerkrankungen: _____
- Infektionskrankheiten:
(z.B. Hepatitis) _____
- Krampfanfälle _____
- Weitere Erkrankungen: _____

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 ? _____

Schwangerschaftswoche _____ SSW errechneter Termin: _____._____._____

Geburtsweg: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke Apgarwerte: ____/____/____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja

Wenn ja, welche ? _____

Wurde ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt? nein ja

Wenn ja, weswegen ? _____



Durchgemachte Erkrankungen des Kindes:

_____ wann _____
_____ wann _____
_____ wann _____

Chronische Erkrankungen: nein

ja _____ / _____ / _____

Allergien: nein

ja _____ / _____ / _____

Operationen: nein

ja _____ / _____ / _____

Krankenhausaufenthalte: nein

ja _____ / _____ / _____

Medikamente (auch Salben, Cremes usw.): nein ja

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Körperliche und sprachliche Entwicklung Ihres Kindes:

Entwickelt sich Ihr Kind nach Ihrem Eindruck so wie gleichaltrige Kinder? ja

nein _____

Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten erstmals gezeigt (wenn Sie es sich notiert haben)?

Drehen Bauch – Rücken _____ Monate Drehen Rücken – Bauch _____ Monate

Krabbeln _____ Monate Freies Sitzen (selbstständiges Aufsetzen) _____ Monate

Hochziehen zum Stand _____ Monate Freies Laufen _____ Monate

Erste Worte _____ Monate „Mama/Papa“ (oder auf Muttersprache) _____ Monate



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

Ernährung und Toilettengang:

Gibt es zurzeit Probleme mit der Ernährung? ja

nein _____

Trinkmenge am Tag _____ ml hauptsächlich _____

Trägt Ihr Kind noch Windeln ja nein tagsüber nachts

Gibt es zurzeit Probleme mit dem Toilettengang? nein

ja _____

Haben Sie zur Zeit Angst oder Sorge bezüglich des Zustandes oder der Entwicklung Ihres Kindes?

nein ja

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgetermine und Impfungen erinnern?

ja nein wenn ja, per Email per Telefon

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, wir begrüßen Sie herzlich als unsere Patienten.

Dr. med. Stephanie Schenk

Marc Oliver Baur

Ausgefüllt am: _____ Mutter Vater andere

Unterschrift