

Liebe Eltern und Kinder!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis! Sie sind heute das erste Mal bei uns. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. (Nichtzutreffendes bitte auslassen!)

Namen des Kindes:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Telefonnummer privat:

Handy

Dienstlich:

email

Mutter:

geb.

Vater:

geb.

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater andere

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

Geschwister:

keine

Name, Alter, Besonderheiten

Familiensprache:

deutsch

türkisch/kurdisch

polnisch

russisch

vietnamesisch

andere _____

Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

Asthma

Neurodermitis

- Heuschnupfen
-
- Diabetes
-
- Schilddrüsenerkrankungen
-
- Bluthochdruck
-
- Nierenerkrankung
-
- Erhöhtes Cholesterin
-

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?

Geburt _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: _____g Körperlänge: _____cm Kopfumfang: _____cm

XX

Nur für Neugeborene

Apgarwerte: __/__/__

Gab es Komplikationen nach der Geburt) Nein ja

Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht? Nein ja

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung mit blauem Licht? Nein ja

Wie lange waren Sie in der Geburtsklinik?

Erkrankte das Kind in den ersten Lebenswochen?

Wenn ja, woran?

Wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? Nein ja

Wenn ja, wie lange?

Haben Sie aktuell Unterstützung zu Hause? Nein ja

Wenn Ja, von wem:

Ernährung

Welche Milch bekommt Ihr Kind? _____

Wie oft am Tag? _____

Bei Flaschennahrung – wie viel pro Mahlzeit? _____ ml

Bekommt Ihr Kind Vitamin D (für die Knochen) und Fluorid (für die Zähne)?

Welches Präparat? _____

Aktuelle Symptome: Hautprobleme Spucken Blähungen

Stuhlgang regelmäßig Ja Nein Windel feucht Ja Nein

Schläft im eigenen Bett Ja Nein Im Zimmer der Eltern Ja Nein

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge? Ja Nein

XX

Entwicklung

Krabbeln: _____ Monate Freies Sitzen: _____ Monate

Freies Laufen: _____ Monate Erste Worte: _____ Monate

Betreuung des Kindes durch: Eltern Großeltern Tagesmutter

Krippe Kindergarten _____

Schule _____ Klasse: _____

Durchgemachte Erkrankungen: _____

Operationen nein ja

Welche:

Krankenhausaufenthalte: nein ja wo und warum: _____

chronische Erkrankungen: nein ja

welche:

Allergien: nein ja

Wenn ja, welche? Wo und durch wen diagnostiziert?

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente (einschließlich Cremes) nein ja
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

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

Dürfen wir Sie in Zukunft an Vorsorgen/Impfungen/Termine u.ä. erinnern?

Nein ja
per Telefon per email

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____

