



Dres. med. Jochen Hammer & Michael Föh

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Reisemedizinische Gesundheitsberatung
Frankfurter Str. 55; 65779 Kelkheim

Tel 06195-3585; Fax 06195-671141

Neugeborene

Aufnahmebogen

Name, Vorname des Kindes: _____ Geb.Dat. _____
der Mutter: _____ Geb.Dat. _____
des Vaters: _____ Geb.Dat. _____

E-mail Adresse: _____

Wohnort und Strasse: _____

Telefon: Festnetz: _____ Handy: Vater: _____
Mutter: _____

Krankenversicherung: _____

Hauptversicherter: Name: _____ Geb.-Dat: _____
Adresse: _____

Wer hat das Sorgerecht? Eltern o Mutter o Vater o Sonst o
Bei wem lebt das Kind? Eltern o Mutter o Vater o Sonst o

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte ihres Kindes

Hat ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie ?
(Eltern/Großeltern und Geschwister)

Raucht jemand in der Familie? o Vater o Mutter o beide Eltern o keiner
Schwangerschaft und Geburt

Gab es vorausgegangene Fehlgeburten oder Totgeburten?

ja im Jahr: im Schwangerschaftsmonat: nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

ja Blutungen nein
 schweres Erbrechen
 Unfälle/Operationen
 Bluthochdruck
 fieberhafte Erkrankungen
 vorzeitige Wehen
 wenig Kindsbewegungen
 zu wenig Fruchtwasser
 seelische Belastungen/beruflicher Stress
 Alkohol
 tägliche ___ Zigaretten
 andere Drogen
 Medikamente
welche _____

sonstige Komplikationen

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin :

ja

nein , sondern bis zur ___ Schwangerschaftswoche

Wo erfolgte die Geburt: _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten :

ja Mehrlingsgeburt nein
 Beckenendlage
 Störungen der kindlichen Herztöne
 Kaiserschnittentbindung
 Saugglocke/Zangenentbindung
 grünes Fruchtwasser
 besonders lange Geburt
 besonders schnelle Geburt
 andere

