

## Anmeldebogen neuer Patient 0-6 Jahre

Um das Gespräch mit dem Arzt zur Übernahme der ärztlichen Betreuung Ihres Kindes zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter , Vater , \_\_\_\_\_

### Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Was führt Sie in unsere Praxis?

- Wechsel aus Kinderarztpraxis Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- Urlaubsvertretung/Vertretung für Praxis Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- Überweisung zum Lungenfacharzt/Allergologen aus Praxis Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  den Eltern  Vater  Mutter  
 nicht bei den Eltern, sondern: \_\_\_\_\_

Sorgerecht/Vormundschaft bei:  Eltern  Mutter  Vater   
 nicht bei den Eltern, sondern: \_\_\_\_\_

**Eltern:**

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

**Geschwister des Kindes (auch Halb-/Stief-):**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kind lebt bei	in dieser Praxis bekannt
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>

**Angaben zu Schwangerschaft/Geburt:**

Um die wievielte Schwangerschaft handelt es sich? \_\_\_\_\_ Um die wievielte Geburt? \_\_\_\_\_

Gab es auffällige Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen:

Nein       Ja: (welche Befunde?) \_\_\_\_\_

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

Nein       Ja: (welche?) \_\_\_\_\_

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?    Nein       Ja: (Zig./Tag) \_\_\_\_\_

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?    Nein       Ja

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Drogen genommen?    Nein       Ja

Gab es sonstige Besonderheiten während der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Psychische Belastungen während der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? \_\_\_\_\_

Musste das Kind nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden?    Nein       Ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige Entwicklung:**

Wurde das Kind gestillt?     Nein             Ja: (wie lange?) \_\_\_\_\_

Gab es bisher belastende Probleme mit:

Wachstum/Gewichtszunahme?     Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Schlafen?                             Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Essen?                                 Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Hören?                                 Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Sehen?                                 Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Motorische Entwicklung?         Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Sprachentwicklung?                 Nein             Ja: \_\_\_\_\_

Andere Probleme oder Sorgen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen des Kindes:**

Ist das Kind schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt worden?  nein     ja: (wann, wo, wegen) \_\_\_\_\_

Ist das Kind schon einmal operiert worden?  nein     ja, wegen \_\_\_\_\_

Nimmt das Kind gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein?     nein             ja: (welche?) \_\_\_\_\_

Gibt es bekannte/vermutete Allergien/Unverträglichkeiten?     nein             ja: (welche?) \_\_\_\_\_

Bei welchen Ärzten wurde Ihr Kind bisher vorgestellt? Gab es auffällige Ergebnisse? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle untersucht, behandelt, vorgestellt?**

**Wenn möglich: Name, Anschrift, Zeitraum**

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_

Logopädie/Sprachtherapie: \_\_\_\_\_

Heilpädagogik: \_\_\_\_\_

Frühförderung: \_\_\_\_\_

Erziehungsberatungsstelle: \_\_\_\_\_

Sozialpädiatrisches Zentrum: \_\_\_\_\_

Kinder & Jugendpsychiater

Psychotherapeut

Sonstiges

**Familiengeschichte:**

Sind Vater und Mutter des Kindes miteinander blutsverwandt?  nein  ja

Sind Geschwister, Eltern, Großeltern oder nahe Verwandte des Kindes von einer der folgenden Erkrankungen/Beeinträchtigungen betroffen?

	Mutter	Vater	Geschwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa mütterlicherseits
Angeborene Sehstörung							
Angeborene Hörstörung							
Heuschnupfen							
Asthma							
Neurodermitis							
Kontaktallergie							
Milbenallergie							
	Mutter	Vater	Geschwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa mütterlicherseits
Pollenallergie							
Tierhaarallergien							
Nahrungsmittel-Allergien							
Epilepsie							
Anfallsleiden							
Geistige Behinderung							
Körperliche Behinderung							
Verzögerte/gestörte Entwicklung							
Lernstörung							
Neurologische, psychiatrische Erkrankung							

Gab oder gibt es Belastungen in der Familie, die einen Einfluss auf die Entwicklung oder Probleme des Kindes haben oder hatten?  nein  ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? Wer spricht in welcher Sprache mit dem Kind? \_\_\_\_\_

In welcher Sprache spricht das Kind altersgerecht? \_\_\_\_\_

Wird das Kind von Tagesmutter/Kindertagesstätte betreut (Name/Anschrift)?

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname des Patienten: .....

Geburtsdatum des Patienten: .....

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt und entbinden unser Praxisteam von seiner Schweigepflicht und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich, Befunde oder Berichte von anderen Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen einholen können.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die ausgehängten Informationen zur DSGVO lesen konnte.

Bitte bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin den ausgefüllten Fragebogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!