



Drs. med. Weis; Europaplatz 6; 53721 Siegburg

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Michael Weis

pädiatrische Pneumologie, Allergologie

Europaplatz 6

53721 Siegburg

Siegburg, den Tagesdatum

## Anmeldebogen neuer Patient 7-18 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: \_\_\_\_\_

### **Bisherige Entwicklung:**

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

**Besuch des Kindergartens:**

Ja, ab \_\_\_\_ Jahren     Nein, weil \_\_\_\_\_

Name des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Regelkindergarten     integrativer Kindergarten     heilpädagogischer Kindergarten

Therapien im Kindergarten?:  Nein     Ja, welche:

Gibt oder gab es im Kindergarten besondere Probleme? (welche?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besuch der Schule/Schulzeit:**

Einschulung mit: \_\_\_\_ Jahren    Name der Schule: \_\_\_\_\_

Schulform:

Ihr Kind besucht jetzt die Klasse: \_\_\_\_\_ Name der Schule: \_\_\_\_\_

Schulform:

Wiederholung von Klassen?     nein     ja, wegen \_\_\_\_\_

Welche Klasse? \_\_\_\_\_

Die jetzigen Schulleistungen sind     gut     durchschnittlich     eher schlecht

Gibt es oder gab es in der Schule besondere Probleme? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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"/>

**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							
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? \_\_\_\_\_

Vorname 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 Fragenbogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Michael Weis