



Fragebogen ausgefüllt am: _____

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen können, bitten wir Sie einige Fragen zu beantworten.

Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und Situation in Ihrer Familie angewiesen. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Verständnisfragen helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

	Mutter	Vater
Name:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Handy:	_____	_____
Telefon:	_____	_____
Raucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Sorgeberechtigt:

beide Eltern Mutter Vater

andere _____

Hat Ihr Kind Geschwister? (Name, Geburtsdatum, Besonderheiten)

Besteht Unterstützung durch das Jugendamt, Familienhilfe, ?



Liegen besondere bzw. belastende Situationen vor? (alleinerziehend, Trennung , Umzug, schwere Erkrankungen, Tod,)

Geht Ihr Kind in den Kindereinrichtung bzw. Schule?

Seit Wann?

Name der Kindereinrichtung: _____

Name der Grundschule: _____

Name der weiterführenden Schule: _____

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? **nicht** notwendig bei Aufnahme direkt nach Geburt

Ist Ihr Kind altersgerecht geimpft? (Impfausweis mitbringen) Ja Nein

Medikamente:

Unverträglichkeiten/Allergien:

chronische Erkrankungen:

Operationen:

Krankenhausaufenthalte:

Kinderkrankheiten? Schwerwiegende Erkrankungen?

Förderbedarf (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Frühförderung, schulische Förderung, ...)



Erkrankungen in der Familie

Bitte tragen sie Familienmitglieder ein z.B.: Mutter, Vater, Bruder, Schwester, Oma ms
(=mütterlicherseits), Onkel vs (=väterlicherseits) , ...

- Brillenträger, Schielen als Kleinkind: _____
- Angeborener Hüftschaden/Spreizhose: _____
- Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis: _____
- Schilddrüsenerkrankungen: _____
- Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen: _____
- Zuckererkrankungen (Diabetes): _____
- erhöhtes Cholesterin/Blutfette: _____
- psychische Erkrankungen: _____
- Krampfleiden (Epilepsie): _____
- unklare Todesfälle: _____
- vererbare Krankheiten: _____
- Gerinnungsstörungen (Blutungsneigung, Thrombose): _____
- Sonstiges: _____

Schwangerschaft und Geburt

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:

Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum in der Schwangerschaft?

Medikamente in der Schwangerschaft?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren ? _____ SSW

Geburtsweg: O Spontan O Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ Körpergröße: _____

Kopfumfang: _____ APGAR: _____

Auffälligkeiten während oder nach der Geburt:

Hebamme:



Ab wann konnte Ihr Kind?

Sich alleine hinsetzen: _____

Krabbeln: _____

1. Schritte frei laufen: _____

1. Worte sprechen: _____

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen?

Ernährung

Muttermilch und/oder Flaschennahrung:

Vitamin D ? ja nein

Ab Kleinkindalter:

normale Kost vegetarisch vegan

sonstiges

Werden bestimmte Lebensmittel von Ihnen weggelassen oder vom Kind nicht vertragen?

Haben Sie ein besonderes Anliegen, Anmerkungen, Fragen?

Haben wir etwas vergessen? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Bitte bringen sie das gelbe Vorsorgeheft und den Impfausweis mit. So können wir die Entwicklung verfolgen und ggf. auf Impfungen aufmerksam machen.

Gerne überprüfen wir auch den Impfstatus von Ihnen als Eltern.

Falls sich Ihre Kontaktdaten im Laufe der Zeit ändern, bitten wir Sie uns das zeitnah mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Angaben!