

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



Schillerstr. 24  
 02763 Zittau  
 Tel: 03583/700290  
 Fax: 03583/794850

**Kennlernbogen zur Erstvorstellung (Kind > 1 Jahr)**

Maße zur Geburt: Gewicht: \_\_\_\_\_ g (P ) Länge: \_\_\_\_\_ cm (P ) Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm (P )  
 Schwangerschaftswoche zur Geburt: \_\_\_\_\_ SSW

Angaben zur Familie

Mutter: Name \_\_\_\_\_ Vater: Name \_\_\_\_\_  
 Geburtsjahr \_\_\_\_\_ Geburtsjahr \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes markieren: verheiratet / ledig / feste Partnerschaft / getrennt lebend  
 Sorgerecht (insbes. Gesundheitsfürsorge): gemeinsam / nur ein Elternteil / dritte Person (wer?)

- Geschwister: 1) Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 2) Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 3) Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 4) Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 5) Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie:	nein	ja	ggf. was/wer
- Angeborene Organfehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Vererbte Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Angeborene Hörstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sehstörungen/Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hüfttreifungsstörung (Spreizhose als Säugling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Allergien/Heuschnupfen/Asthma/Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Psychische/Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zum Kind

Bekannte behandlungs-/kontrollbedürftige Erkrankungen:

Erwähnenswerte durchgemachte Erkrankungen/ schwere Verletzungen/ Operationen /  
 Krankenhausaufenthalte:

Bisheriger Kinderarzt: