

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

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



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

Kennlernbogen zur Erstvorstellung (Neugeborenes/Säugling)

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

Schwangerschaftswoche zur Geburt: \_\_\_\_\_ SSW

Geburtsmodus: spontan / VE / Zange; primäre/sekundäre Sectio

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"/>	

<u>Schwangerschaft:</u>	nein	ja	ggf. was
- Schwierigkeiten / Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Feindiagnostik durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Chronische Erkrankung der Mutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Medikamenteneinnahme (insbesondere Dauermedikation – welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Alkohol-/Nikotin-/Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- B-Streptokokkentest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Besondere psychische/soziale Belastungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<u>Geburt / die ersten Tage:</u>	nein	ja	ggf. was
- Gab es Schwierigkeiten unter Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Schwierigkeiten in den ersten Lebenstagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Bestanden/bestehen Problemen beim Stillen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	