

Fragebogen ausgefüllt am: _____

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in der Kinderarztpraxis von Dr. Katharina Reise. 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, Vorname (Kind): _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

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

Sorgeberechtigt:

beide Eltern Mutter Vater andere _____

Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten sind verpflichtet, Veränderungen bezüglich der Sorgeberechtigung schriftlich durch Nachweise (z.B. Gerichtsbeschluss) mitzuteilen.

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

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

Geht Ihr Kind in eine Kindereinrichtung bzw. Schule? Seit Wann? _____

Name der Einrichtung: _____

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? (entfällt bei Aufnahme direkt nach Geburt)

Ist Ihr Kind nach Empfehlung der STIKO geimpft? Ja Nein

Falls nein, warum? _____

Medikamente: _____

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Chronische oder schwerwiegende Erkrankungen, Kinderkrankheiten:

Krankenhausaufenthalte und / oder Operationen: _____

Bisheriger Kinderarzt / mitbehandelnde Ärzte:

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), Fieberkrämpfe: _____

unklare Todesfälle: _____

vererbare Krankheiten: _____

Gerinnungsstörungen (Blutungsneigung, Thrombose): _____

Sonstiges: _____

Schwangerschaft und Geburt

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft: _____

Medikamente in der Schwangerschaft: _____

Impfungen in der Schwangerschaft? Pertussis, Influenza, Covid, keine

Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum in der Schwangerschaft?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____ SSW

Geburtsweg: Spontan Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ Körpergröße: _____

Kopfumfang: _____ APGAR: _____

Auffälligkeiten während oder nach der Geburt:

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!