



Dres. med. Jochen Hammer & Michael Föh
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Reisemedizinische Gesundheitsberatung
Frankfurter Str. 55; 65779 Kelkheim
Tel 06195-3585; Fax 06195-671141

Kinder/Jugendliche

Aufnahmebogen

Name, Vorname des Kindes: _____ Geb.Dat. _____
der Mutter: _____ Geb.Dat. _____
des Vaters: _____ Geb.Dat. _____

E-mail Adresse: _____

Wohnort und Strasse: _____

Telefon: Festnetz: _____ Handy: Mutter: _____
Vater: _____

Krankenversicherung: _____

Hauptversicherter: Name: _____ Geb.-Dat: _____
Adresse: _____

Wer hat das Sorgerecht? Eltern o Mutter o Vater o Sonst o
Bei wem lebt das Kind? Eltern o Mutter o Vater o Sonst o

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte ihres Kindes

Hat ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie ?
(Eltern/Großeltern und Geschwister)

Raucht jemand in der Familie: Vater. Mutter. beide Eltern keiner

Beruf der Mutter: _____
Beruf des Vaters: _____

Was ist die Muttersprache des Vaters ? _____
Was ist die Muttersprache der Mutter ? _____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es vorausgegangene Fehlgeburten oder Totgeburten?

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- ja
 - o Blutungen
 - o schweres Erbrechen
 - o Unfälle/Operationen
 - o Bluthochdruck
 - o fieberhafte Erkrankungen
 - o vorzeitige Wehen
 - o wenig Kindsbewegungen
 - o zu wenig Fruchtwasser
 - o seelische Belastungen/beruflicher Stress
 - o Alkohol
 - o tägliche ___ Zigaretten
 - o andere Drogen
 - o Medikamente
 - welche
- nein

o sonstige Komplikationen

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin :

o ja

o nein , sondern bis zur Schwangerschaftswoche

Wo erfolgte die Geburt: _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten:

- ja
 - o Mehrlingsgeburt
 - o Beckenendlage
 - o Störungen der kindlichen Herztöne
 - o Kaiserschnittentbindung
 - o Saugglocke/Zangenentbindung
 - o grünes Fruchtwasser
 - o besonders lange Geburt
 - o besonders schnelle Geburt
 - o andere
- nein

Neugeborenenzzeit (erste 4 Lebenswochen)

Mußte Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden:

 ja

in _____

 nein

Dauer des Aufenthaltes: _____

War Ihr Kind auffällig gelb

 ja

Höhe des Bilirubinwertes: _____

 nein

Mußte Ihr Kind beatmet werden:

 ja

über wie viele Tage: _____

 nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme:

 ja nein

Gab es sonstige Krankheiten in den ersten Lebenswochen:

 ja nein

Machte Ihnen in der ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen:

 ja

- auffallende Bewegungsarmut
- auffallende Unruhe/Schreckhaftigkeit
- häufiges Spucken
- Schiefhaltung
- Anfälle
- häufiges Schreien
- Sonstiges

 nein**Einrichtungen**Besucht Ihr Kind den **Kindergarten**: ja, seit: geplant ab: nein

Name und Anschrift: _____

Tel: _____

Erzieherin: _____

Besucht Ihr Kind die **Schule**: ja, seit: geplant ab: nein

Name und Anschrift: _____

Schulart: _____

Tel: _____

Lehrer/-in: _____

Wohnt Ihr Kind im **Internat** oder einer **Einrichtung**: ja nein

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Ansprechpartner/-in: _____

Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung: ja, seit _____ geplant ab _____ nein

Name der Frühförderstelle: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Ansprechpartner/-in: _____

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien ?

Wenn ja, seit wann und wie oft ?

Krankengymnastik: ja Bobath Vojta nein

Ergotherapie: ja nein

Logopädie: ja nein

Name der Einrichtung/Praxis: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Therapeut: _____

Werden noch andere als die o.a. Therapien durchgeführt ? (z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reithterapie, Musiktherapie etc.) bitte beschreiben.

Familienunterstützende Hilfen

Nehmen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen in Anspruch ?

Familienentlastender Dienst: ja nein

Sozialpädagogische Familienhilfe: ja nein

Unterstützung Jugendamt: ja nein

Häusliche Krankenpflege: ja nein

Haushaltshilfe: ja nein

Sonstige Hilfe ja nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld ?

Pflegegeld: ja nein beantragt
 Pflegestufe: I II III

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen ?

Schwerbehindertenausweis: ja nein beantragt
 Grad der Behinderung: 50 60 70 80 90 100

Krankheiten des Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden ?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
_____	im Lebensjahr

Impfungen Ihres Kindes

<input type="radio"/> ja nach Plan	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zusätzliche (welche)
→ bitte Impfausweis vorlegen		

Entwicklung Ihres Kindes (so gut Sie sich erinnern)

Erstes Lächeln	Monate
Gezieltes Greifen	Monate
Umdrehen Rücken → Bauch	Monate
Freies Sitzen	Monate
Robben/Krabbeln	Monate
Selbstständiges Hinsetzen	Monate
Hochziehen zum Stand	Monate
Selbstständiges Gehen	Monate
Erste sinnvolle Worte	Monate
Erste Zweiwortsätze	Monate
Konzentriertes Spielen	Monate
Tagsüber sauber/trocken	Monate
Nachts sauber/trocken	Monate

Kindergarten und Schulentwicklung

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme ?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt ?

ja, weil: _____

nein

Mein Kind besucht die _____ Klasse. Einschulungsjahr: _____

Stärken:

Schwächen/Probleme in:

Gibt es Verhaltensprobleme ? ja _____ nein

Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause ?

ja _____ nein

Krankheiten

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?

ja _____ nein

Betreuen noch andere Ärzte Ihr Kind ?

ja _____ nein

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel ?

ja welche _____ nein

Medienkonsum: - hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher/Computer im Schlafzimmer ?

- Wie lange spielt es in etwas täglich am Computer/Tablet/Handy ?
- Wie lange schaut Ihr Kind in etwa täglich Fernsehen ?

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Datum, Unterschrift:.....