



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

## Neugeborene

### Aufnahmebogen

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

des Vaters: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

E-mail Adresse: \_\_\_\_\_

Wohnort und Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

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  
**Schwangerschaft und Geburt**

Gab es vorausgegangene Fehlgeburten oder Totgeburten?

ja      im Jahr: \_\_\_\_\_ im Schwangerschaftsmonat: \_\_\_\_\_  nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

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

sonstige Komplikationen

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin :

ja

nein , sondern bis zur \_\_\_ Schwangerschaftswoche

Wo erfolgte die Geburt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten :

ja       Mehrlingsgeburt       Beckenendlage       Störungen der kindlichen Herztöne       Kaiserschnittentbindung       Saugglocke/Zangenentbindung       grünes Fruchtwasser       besonders lange Geburt       besonders schnelle Geburt       andere  
\_\_\_\_\_

**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 den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen:

 ja

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

 nein

Was ist die Muttersprache des Vaters ? \_\_\_\_\_

Was ist Muttersprache der Mutter ? \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift:.....