



Dr. (H). Olaf Anklam
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Akupunktur

**Liebe Eltern, mit dem folgenden Fragebogen möchte ich Sie und Ihr Kind näher kennenlernen.
Die Antworten sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Danke für Ihre
Mitarbeit.**

Personaldaten:

Kind: Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____ hauptversichert: über Vater Mutter

Eltern:

Status: verheiratet, nicht verheiratet, getrennt lebend, geschieden

Sorgerecht: bei beiden Eltern, alleinig bei der Mutter* / beim Vater* (*Nachweis: ja, nein)

Mutter: Name, Vorname _____, geb.: _____

in _____ Geb. Name: _____ Staatsang.: _____

Beruf: _____, Firma: _____ arbeitslos: ja, nein

Wohnort (wenn abweichend): _____, Tel: _____

Mobilnummer: _____ **E-Mail:** _____ @ _____

Vater: Name, Vorname _____, geb.: _____

in _____ ggf. Geb.Name: _____ Staatsang.: _____

Beruf: _____, Firma: _____, arbeitslos: ja, nein

Wohnort (wenn abweichend): _____, Tel: _____

Mobilnummer: _____ **E-Mail:** _____ @ _____

Geschwister: alles leibliche Geschwister, Stiefgeschwister (mit * kennzeichnen)

Name: _____ geb.: _____ Probleme/Krankheiten: _____

Name: _____ geb.: _____ Probleme/Krankheiten: _____

Name: _____ geb.: _____ Probleme/Krankheiten: _____

Schwangerschaft:

Probleme in der Schwangerschaft: _____

Schwangerschaftsdauer: _____ SSW: _____

Geburt:

Ort: _____, ambulante Geburt, stationär, Intensivstation

Verlegung von _____

Ablauf: spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, APGAR: _____ / _____ / _____

Probleme bei oder nach der Geburt: _____

Hörtest: (TOAE ABBR) auffällig: ja/ nein **NgB.Screening:** durchgeführt ja/ nein

Aktuelle Ernährung: Stillen Babynahrung, welche_____

Mahlzeiten: _____ tgl. oder _____ stündlich, ggf. pro Flasche _____ ml

Familiäre Belastungen:

Erbkrankheiten: nein, ja: _____

Allergien: nein, ja: _____

Operationen: (mit Jahresangabe)

nein, ja: _____

Traumatische Erlebnisse: (mit Jahresangabe)

nein, ja: _____
(z.B. Umzug, Trennung von Bezugsperson, Krankenhausaufenthalt, Tod Familienmitglied oder Haustier)

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten (Mutter/ Vater/ andere: _____)

Für zusätzliche Angaben benutzen Sie bitte die Rückseiten!