



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!