

Praxis Drs. med. Regina und Bernhard v. Maydell

Liebe Eltern,

Wir bitten Sie, diesen Bogen soweit wie möglich auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig.

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

Aktuelles Thema /Problem:

War Ihr Kind wegen schwererer Erkrankungen im Krankenhaus? Voroperationen? Allergie?

Nimmt Ihr Kind dauerhaft oder bei Bedarf bestimmte Medikamente?

Welchen Kindergarten / welche Schule besucht Ihr Kind? Klasse?

Name und Alter der Geschwister:

Bei welchen anderen Ärzten ist Ihr Kind in Behandlung?

Erhält Ihr Kind besondere unterstützende Hilfen (Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Krankengymnastik)?

Sonstiges:

Medizinische Vorerkrankungen beim Kind und in der Familie

Gibt es medizinische Probleme beim Kind oder in der Familie? Bitte ggf. näher ausführen

Erkrankung	Kind	Vater	Mutter	Geschwister
Schilddrüse				
Herz /Kreislauf				
Gerinnung (Thrombose, Blutungsneigung)				
Allergie				
Psyche (z.B. Depression, Sucht, Psychose, Angst, Zwang)				
Tumor				
Niere/Harnwege				
Nervensystem (z.B. Epilepsie)				
Sehschwäche				
Hörschwäche				
Stoffwechsel (Diabetes, Übergewicht)				
Atmung (z.B. Asthma)				
Sonstiges				