



Kinderärzte

Dr. med. Christian Dopfer

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderpneumologie, Kinderallergologie

Dr. med. Franziska Schrader

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Kinderärzte Bothfeld, Dr. med. Christian Dopfer, Dr. med. Franziska Schrader, Sutelstr. 54a, 30659 Hannover

**Liebe Eltern,
Herzlichen Glückwunsch zur Geburt und willkommen in unserer Kinderarztpraxis!**

Vor Ihrer ersten Vorstellung in unserer Praxis möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.

Die Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Familienname des Kindes: _____ geb. am _____

Vorname(n) des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

Beruf: _____

Mobiltelefon-Nr.: _____

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Beruf: _____

Mobiltelefon-Nr.: _____

Wer ist sorgeberechtigt? beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere ☐

Krankenversicherung: versichert über Mutter ☐ Vater ☐ andere ☐ Adresse

der/des Hauptversicherten falls abweichend von der Adresse des Kindes:

☐ gesetzlich (Kasse): _____ ☐ privat (Vers.): _____

Besteht eine besondere Familiensituation (z.B. allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod)?

Geschwister (Name, Alter, Erkrankungen):

Familiensprache(n):

Kinderärzte Bothfeld, Dr. med. Christian Dopfer, Dr. med. Franziska Schrader, Sutelstr. 54a, 30659 Hannover

Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der _____SSW spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐

Gab es Komplikationen während oder nach der Schwangerschaft / Geburt? nein ☐ ja ☐

Wenn ja, welche? _____

Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------|
| Angeborene Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hochgradige Fehlsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien (welche?) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges (bitte nennen) | <input type="checkbox"/> | _____ |

Hier können Sie uns noch etwas mitteilen:

Dürfen wir Sie in Zukunft an Termine erinnern?

- ☐ Ja, per E-Mail ☐ Ja, per Telefon ☐ Nein

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von der Mutter ☐ / dem Vater ☐ / anderer Betreuungsperson ☐

am _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe