



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

Dr. med. Christian Dopfer

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Kinderpneumologie, Kinderspielslogie

Dr. med. Franziska Schrader

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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 _____

Hochgradige Fehlsichtigkeit _____

Asthma _____

Neurodermitis _____

Heuschnupfen _____

Allergien (welche?) _____

Diabetes _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Bluthochdruck _____

Nierenerkrankung _____

Erhöhtes Cholesterin _____

Sonstiges (bitte nennen) _____

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