

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

**Liebe Eltern,  
Herzlich 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

Hauptversicherte/r falls abweichend von der Adresse des Kindes:

\_\_\_\_\_

☐ gesetzlich bei: \_\_\_\_\_ ☐ privat bei: \_\_\_\_\_

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

(betroffene Person)

- |                             |                          |       |
|-----------------------------|--------------------------|-------|
| Angeborene Hüftdysplasie    | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hochgradige Fehlsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma bronchiale           | <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"/> | _____ |

## Entwicklung

Krabbeln: \_\_\_\_\_Monate

Freies Sitzen: \_\_\_\_\_Monate

Freies Laufen: \_\_\_\_\_Monate

Erste Worte: \_\_\_\_\_Monate

## Anamnese des Kindes

chronische Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

>> Wo und durch wen diagnostiziert?

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte:

\_\_\_\_\_

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

Operationen:

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (einschließlich Cremes):      nein    ☐      ja    ☐

>> Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

---

---

---

---

Falls zutreffend: Bisherige/r Kinderärztin/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

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**