



Liebe Patienten, liebe Begleitung der Patienten,

um Ihr Kind/Jugendlichen im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zur Geburt:

Geburtsort: _____ Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht: _____ g

Art der Geburt: spontan Zange Kaiserschnitt Sonstige _____

Kindergarten/Schule/Klasse: _____

Bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Bekannte chronische Vorerkrankungen/Allergien/Probleme:

Angaben der Eltern/sonstige verantwortliche Bezugsperson:

leibliche Eltern Adoptiveltern Pflegeltern

sonstige verantwortliche Bezugsperson: _____

Name, Vorname der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Erlernter Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____
(z.B. Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, etc)

Name, Vorname des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Erlernter Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____
(z.B. Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, etc)



Impfstatus:

vollständig geimpft ungeimpft weiß nicht

Angaben zu Geschwistern:

Name	Geburtsdatum	Chronische Erkrankungen
------	--------------	-------------------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Weitere Erkrankungen in der Familie (was, wer):

(z.B. Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, etc)

Kontaktdaten:

Adresse:

Straße/ Hausnummer: _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

Telefonnummer:

Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

