

## Erstaufnahmebogen für Patienten:

Name, Vorname des Kindes	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten	
Telefonnummer/ E-Mail	
Staatsangehörigkeit /Aufenthaltsstatus/Herkunftsland/Sprache  <b>Meldebescheinigung mitbringen!</b>	
Krankenkasse <b>Versicherungskarte oder Besch. mitbringen!</b>	
sofern Pflegekind Name und Anschrift der leiblichen Eltern	
Betreuung Kindergarten /Schulform	
Bisher behandelnder Arzt/in:	

Durchgemachte Erkrankungen z.B. Masern/Mumps/Windpocken/Röteln/Scharlach/  
Hirnhautentzündung/Tuberkulose/Malaria/ Harnwegsinfekte, obstruktive Bronchitis, Pfeiffersches  
Drüsenfieber/HIV/Hepatitis B etc.:

Bestehen chron. Erkrankungen z.B. Epilepsie, Migräne, Diabetes, Asthma, rheumatische  
Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, ADHS, Hörprobleme, Entwicklungsstörungen, Sehstörungen,  
Allergien etc.: **Bitte vorhandene Befunde mitbringen!**

Medikamenteneinnahme Dosierung:

Familienanamnese: Gibt es in der Familie relevante, schwerwiegende Erkrankungen?

## Gelbes Vorsorgeheft mitbringen!

## Europäisches Impfbuch mitbringen!

oder Übersetzung hier eintragen!

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Tetanus/ Wundstarrkrampf/ <i>Tetanus</i>						
Diphtherie/ <i>Diphtheria</i>						
Pertussis Keuchhusten/ <i>Pertussis</i> , <i>whooping cough</i>						
Poliomyelitis Kinderlähmung/ <i>poliomyelitis</i>						
Haemophilus Influenza HIB <i>Haemophilus influenzae b</i>						
Hepatitis B						
Masern, Mumps, Röteln- MMR <i>Measles, mumps, rubella</i>						
Varizellen Windpocken <i>Varicella, Chickenpox</i>						
<i>Meningokokken</i> <i>Meningococcal disease</i>						
Pneumokokken <i>Pneumococcal disease</i>						
Covid 19						
HPV humane Papilloviren						
FSME Zeckenimpfung						