



Liebe Eltern,

um ihr Kind optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung freiwillig und Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. **Liebe Jugendliche**, wenn Ihr den Fragebogen selbst ausfüllen wollt, dann tut so, als wärt Ihr Eure Eltern (sonst würdet Ihr Euch falsch angesprochen fühlen...)!

Kontaktdaten:

Straße/ Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Wohnort: _____

Telefonnummer Handy: _____ Festnetz: _____

Email: _____ Krankenkasse : _____

evtl. abweichende Rechnungsadresse bei Privatpatienten:

Angaben zum Kind:

Vollständiger Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsgewicht: _____ g Schwangerschaftswoche: _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft oder bei der Geburt:

Weitere Fragen:

Kindergarten/ Schule/ Klasse: _____

bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Bitte bringen Sie den Impfausweis oder entsprechende Dokume

Brillenträger? ja nein

Unverträglichkeit/ Allergie? ja nein

wenn ja, welche? _____

Ernsthafte Erkrankungen? ja nein

wenn ja, welche? _____

Regelmäßig Medikamentengabe? ja nein
wenn ja, welche? _____

Hatte ihr Kind schon eine Operation? ja nein
wenn ja, wann und welche? _____

Befindet oder befand sich ihr Kind in therapeutischer Behandlung (z.B. Frühförderung/ Physio/ Ergo/ Logo/ Psychotherapie)? ja, zur Zeit ja, nicht mehr nein
wenn ja, was (und falls aktuell bei wem) ? _____

Angaben zu den Eltern: leibliche Eltern Adoptiveltern Pflegeeltern

Name, Vorname der **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____
Erlernter Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Name, Vorname des **Vaters**: _____ Geburtsdatum: _____
Erlernter Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Ernsthafte chronische oder angeborene Erkrankungen, auch in den elterlichen Familien (z.B. Allergien, Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes, Hüftdysplasie, Schilddrüsenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen etc.), wenn ja, bei wem was?

Angaben zu Geschwistern: Name, Geburtsdatum, evtl. chronische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. und weitere _____

Sollten Sie einen vereinbarten Vorsorgertermin (U2-U11, J1, J2) nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte telefonisch oder per Email mindestens 24 Stunden vorher ab, bei Terminen nach Sonn- und Feiertagen bis spätestens 10 Uhr am vorausgehenden Praxistag.

Erfolgt dies nicht zeitgerecht oder erscheint unser Patient unentschuldigt nicht, erheben wir ein Ausfallhonorar von 50€.

- Habe ich zur Kenntnis genommen
- Ich habe die Datenschutzerklärung (anliegendes Blatt) erhalten und zur Kenntnis genommen

Datum: _____ Unterschrift: _____