

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Um Sie und Ihr Kind besser kennenzulernen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes:

Geburtsdatum: _____._____._____ Geburtsort (Klinik): _____

Name der Mutter: _____ geboren am _____._____._____

Telefon: _____ Mail _____

Schulabschluß _____ Beruf _____

Name des Vaters: _____ geboren am _____._____._____

Telefon: _____ Mail _____

Schulabschluß _____ Beruf _____

Sorgeberechtigt: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere

Besondere Familiensituation (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds):

Geschwister:

Name: _____ ☐ m ☐ w Geburtsdatum: _____

Name: _____ ☐ m ☐ w Geburtsdatum: _____

Name: _____ ☐ m ☐ w Geburtsdatum: _____

Familiensprache (hauptsächlich zu Hause gesprochene Sprache):

☐ Deutsch ☐ andere Sprache _____

Erkrankungen in der Familie (bei den Eltern oder Geschwistern)

(Asthma/Heuschnupfen/Allergien/Neurodermitis/Hüfterkrankungen/Diabetes/Schilddrüse/Herz/Bluthochdruck/Nierenerkrankungen/chronische Darmerkrankung/andere)

Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche ? _____

Gab es Besonderheiten während/nach der Geburt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche ? _____

Schwangerschaftswoche _____ SSW errechneter Termin: _____._____._____

Geburtsweg: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke

Geburtsgewicht: _____g Körperlänge: _____cm Kopfumfang: _____cm

Wurde ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weswegen ? _____

Durchgemachte Erkrankungen/Infektionen des Kindes:

_____ wann _____

_____ wann _____

_____ wann _____

Bekannte Vor-Erkrankungen des Kindes: ☐ nein ☐ ja, welche:

_____/_____/_____

Allergien: ☐ nein ☐ ja, welche:

_____/_____/_____

Operationen: ☐ nein ☐ ja, welche:

_____/_____/_____

Krankenhausaufenthalte:

☐ nein

☐ ja, warum und wo:

_____/_____/_____

Medikamente (auch Salben, Cremes usw.):

☐ nein

☐ ja, welche:

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

Körperliche und sprachliche Entwicklung Ihres Kindes:

Entwickelt sich Ihr Kind nach Ihrem Eindruck so wie gleichaltrige Kinder?

☐ ja

☐ nein. Besonderheiten in der Entwicklung:

Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten erstmals gezeigt?

Drehen Bauch – Rücken _____ Monate Drehen Rücken – Bauch _____ Monate

Krabbeln _____ Monate Freies Sitzen (selbstständiges Aufsetzen) _____ Monate

Hochziehen zum Stand _____ Monate Freies Laufen _____ Monate

Erste Worte _____ Monate „Mama/Papa“ (Muttersprache) _____ Monate

Ernährung und Toilettengang:

Gibt es zurzeit Probleme mit der Ernährung?

☐ nein

☐ ja, welche:

Trinkmenge am Tag _____ ml Was trinkt Ihr Kind? _____

Trägt Ihr Kind noch Windeln

☐ ja

☐ nein

☐ tagsüber

☐ nachts

Gibt es zurzeit Probleme mit dem Toilettengang?

☐ nein

☐ ja, welche:

Haben Sie zur Zeit Angst oder Sorge bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes?

☐ nein ☐ ja, welche:

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Ausgefüllt am: ____ . ____ . 20 ____ von ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir begrüßen Sie sehr herzlich als unsere Patienten in unserer Praxis.

Dr. med. Daniela Klee

Dr. med. Dorothee Beth

Dr. med. Julia Klein