

**Liebe Eltern,  
herzlich willkommen in meiner Kinderarztpraxis!**

Bevor ich mich in Ruhe Ihrem Kind widmen kann, möchte ich Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben unterstützen uns in der umfassenden Betreuung Ihres Kindes, sie sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Name des Vater:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt?      Beide Eltern       Mutter       Vater       andere

**Krankenversicherung:**      versichert über      Mutter       Vater       andere

Adresse des Hauptversicherten falls abweichende 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): \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der \_\_\_\_\_ SSW    spontan     Kaiserschnitt     Saugglocke

Gewicht: \_\_\_\_\_    Länge: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während oder nach der Schwangerschaft/Geburt?    nein     ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

Herzerkrankungen  \_\_\_\_\_

Leber- / Nierenerkrankungen  \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen  \_\_\_\_\_

Diabetes  \_\_\_\_\_

Angeborene Hüftdysplasie  \_\_\_\_\_

Asthma  \_\_\_\_\_

Neurodermitis  \_\_\_\_\_

Allergien (welche?)  \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen  \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  \_\_\_\_\_

Erhöhtes Cholesterin  \_\_\_\_\_

Sonstiges (bitte nennen)  \_\_\_\_\_

### Entwicklung

Krabbeln: \_\_\_\_\_ Monate

Freies Sitzen: \_\_\_\_\_ Monate

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ Monate

Erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate

## Anamnese des Kindes

chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

>> Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisheriger Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Internet o.Ä.: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Platz für Mitteilungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von der Mutter  / dem Vater  / anderer Betreuungsperson

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**