



## Fragebogen Erstvorstellung

Liebe Eltern, liebe Kinder,  
Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute das erste Mal bei uns.  
Bevor wir uns in Ruhe um Ihr Anliegen kümmern, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.  
Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Namen des Kindes:

---

Geburtsdatum/Geburtsort:

---

Adresse:

---

Tel. privat:

mobil:

---

Dienstlich:

E-Mail:

---

Mutter:

geb.

Vater:

geb.

---

Sorgeberechtigt:

beide Eltern

Mutter

Vater

andere:

---

Familiensprache:

deutsch

andere:

---

Besondere familiäre Situation (alleinerziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Trennung, Tod):

---

---

Geschwister:

keine

---

Name, Alter, Besonderheiten:

---

---

### Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen? (M = Mutter, V = Vater, GE = Großeltern)

Asthma

Neurodermitis

Erhöhtes Cholesterin

Nierenerkrankung

Bluthochdruck

---

Diabetes

Heuschnupfen

Schilddrüsenerkrankungen

---

Betreuung des Kindes durch:

Eltern

Großeltern

Tagesmutter

---

Besuch von:

Krippe

Kindergarten

Schule:

Klasse:

---

Durchgemachte Erkrankungen:

---

Operationen:

nein

ja, welche:

---

Krankenhausaufenthalte:  nein  ja, wo und warum: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja, welche? Wo und durch wen diagnostiziert?: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente (einschließlich Cremes):  nein  ja, welche und in welcher Dosierung: \_\_\_\_\_

Welche Impfungen hat Ihr Kind bereits bekommen? Bitte bringen Sie den Impfausweis mit.

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Geburt?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Geburt \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Geburtsweg:  spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen nach der Geburt:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung?  nein  ja \_\_\_\_\_

### Entwicklung

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

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit Sorgen/Ängste?  nein  ja \_\_\_\_\_

Haben wir etwas vergessen, möchten Sie uns noch etwas mitteilen? \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.