



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.