

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen, möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes besser beurteilen zu können, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheitssituation in Ihrer Familie angewiesen. Alle Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir gerne weiter!

Bitte beachten Sie, dass die Altersspanne in einer Kinder- und Jugendarztpraxis sehr groß ist, so dass Ihnen deswegen evtl. einige Fragen als nicht notwendig erscheinen. Gerne dürfen Sie diese Angaben dementsprechend anpassen oder weglassen.

Angaben zum Kind

Vorname: _____ Name: _____
Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____
Bisheriger Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Angaben zu den Eltern

Name der Mutter: _____ Geb.-Datum: _____
Vorerkrankungen: _____ Beruf: _____
Telefonnummer: _____ eMail: _____

Name des Vaters: _____ Geb.-Datum: _____
Vorerkrankungen: _____ Beruf: _____
Telefonnummer: _____ eMail: _____

Leibliche Eltern Adoptiveltern Pflegeeltern Alleinerziehend

Angaben zu Geschwistern

Name: _____, Geb.-Datum: _____
Name: _____, Geb.-Datum: _____
Name: _____, Geb.-Datum: _____

Vorerkrankungen / Operationen

Bekannte chron. Vorerkrankungen: _____
Allergien: _____
Regelmäßige Medikamente: _____
Operationen: _____

Impfungen

Ist Ihr Kind altersgerecht geimpft? ja nein weiß nicht (bitte Impfpass mitbringen)

Geburt / Entwicklung

Wurde Ihr Kind zu früh geboren? nein ja ____ . SSW

Spontangeburt Kaiserschnitt Sonstiges: _____

Gab es Auffälligkeiten während / nach der Geburt? _____

Gab es Ihres Wissens bisher Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes?

Motorik (Drehen, Krabbeln, Laufen, Feinmotorik...)

Sprache

Wahrnehmung

Sonstige Auffälligkeiten

Ernährung

Säuglinge: Muttermilch Flaschennahrung Beikost

ab Kleinkindalter: Normale Kost vegetarisch vegan sonstiges: _____

Kindergarten / Schule

Geht Ihr Kind in eine Kindereinrichtung / Schule? ja nein

Name der Kindereinrichtung / Schule: _____, ggf. Klasse: _____

Förderbedarf

Erhält Ihr Kind bestimmte Förderungen oder hat es in der Vergangenheit Förderbedarf gehabt im Sinne von Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie...? ja nein

Wenn ja, Art des Förderbedarfs: _____, seit: _____

Die beiliegende DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der Datenverarbeitung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam