

**Liebe Eltern,  
ganz herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis!**

**S**

Bevor wir uns in Ruhe Ihrem Kind widmen, möchten wir 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 Vaters: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

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

Wer ist sorgeberechtigt? beide Eltern  Mutter  Vater  andere

**Krankenversicherung:** versichert über Mutter  Vater  andere

Adresse des Hauptversicherten falls abweichend von der 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

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

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

### **Familienerkrankungen**

Wenn ja, wer ist betroffen?

- |                          |                          |       |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| Angeborene Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma                   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurodermitis            | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heuschnupfen             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien (welche?)      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes                 | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bluthochdruck            | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankung         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Erhöhtes Cholesterin     | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges (bitte nennen) | <input type="checkbox"/> | _____ |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch: \_\_\_\_\_
- Internet o.Ä.: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

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

am \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**