

**Liebe Eltern,**

herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem Anliegen widmen können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus. Bei Verständnisfragen helfen wir Ihnen gerne. Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen die sie nicht beantworten möchten, können Sie einfach auslassen.



**Personalien:**

Nachname des Kindes: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Anschrift: Straße, Hausnummer: .....  
Postleitzahl, Wohnort: .....

Nachname der Mutter: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Anschrift: Straße, Hausnummer: .....  
Postleitzahl, Wohnort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

Beruf Mutter: .....  
Nachname des Vaters: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Anschrift: Straße, Hausnummer: .....  
Postleitzahl, Wohnort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

Beruf Vater: .....  
Sorgeberechtigt sind:  beide Eltern;  Mutter;  Vater  
 andere: .....

Besondere Familiensituation: (allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Todesfall) .....  
.....  
.....

Geschwister (Name, Alter, Besonderheiten): .....

.....

.....

.....

Sind in der Familie bei Mutter, Vater oder Geschwistern folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung	Nein	Ja	Wenn ja, bei wem?
Asthma			
Allergien			
Heuschnupfen			
Neurodermitis			
Bluthochdruck			
Diabetes mellitus			
Hüftdysplasie			
Fußfehlstellung			
Nierenerkrankungen			
Fieberkrämpfe			
Epilepsie			
Regelmäßige Medikamenteneinnahme			
Erhöhtes Cholesterin			
Unklare Todesfälle oder Aborte			
Schilddrüsenerkrankungen			
Andere chronische Erkrankungen			

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten? .....

.....

Geburt:       spontan                       Kaiserschnitt                       Saugglocke  
                   in der ..... SSW                      Geburtsgewicht: .....

Gab es unter oder nach der Geburt Probleme oder Schwierigkeiten bei der Mutter oder Beim Kind?  
 .....

Neugeborenen-Gelbsucht mit Lampenbehandlung       Neugeboreneninfektion  
 andere: .....

**Entwicklung:**

Krabbeln mit ..... Monaten  
freies Gehen mit ..... Monaten

freies Sitzen mit ..... Monaten  
erste Worte mit ..... Monaten

Welche Sprache wird hauptsächlich in der Familie / mit dem Kind gesprochen? .....  
außerdem sprechen wir: .....

Betreuung des Kindes durch:       Eltern       Großeltern       Tagesmutter  
    Krippe       Kindergarten       andere: .....

Schule: .....

**Durchgemachte Erkrankungen:**

Fieberkrämpfe       Pseudokrüppanfalle       muss oft inhalieren

andere: .....  
.....  
.....

**Hat oder hatte Ihr Kind:**

	Nein	Ja	Falls ja:
Operation			welche?
Krankenhausaufenthalte			wo und warum?
Chronische Erkrankungen			welche?
Allergien			welche?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme			welche und in welcher Dosierung:

**Impfungen**

Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Polio	Hib	Hep B	MMR	Varizellen	Meng. C	Pneumokokken	Rotaviren

Sonstige Impfungen: .....

Bekommt Ihr Kind Heilmittelbehandlungen?  nein  ja

falls ja, welche:  Logopädie  
 Ergotherapie  
 Krankengymnastik  
 sonstige: .....

Ich mache mir Sorgen über:

.....  
.....  
.....  
.....

Ich wünsche mir von dieser Kinderarztpraxis:

.....  
.....  
.....  
.....

Falls sie das gelbe Vorsorgeheft und den Impfausweis heute noch nicht dabei hatten, bringen sie es doch beim nächsten Besuch mit, damit wir die körperliche Entwicklung verfolgen können und Sie auf ausstehende Impfungen aufmerksam machen können.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam  
Kinderarztpraxis Brandis