



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

K

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: _____

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Tel: _____

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Tel: _____

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):

Erkrankungen der Eltern

Angeb. Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater
Schilddrüsenerkrankg.	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater	Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater
Asthma	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Mutter / Vater
Allergien (welche?)	<input type="checkbox"/>	Mutter:			
	<input type="checkbox"/>	Vater:			

Sonstiges (bitte nennen):



Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der _____ SSW spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Entwicklung

Krabbeln: _____ Monate Freies Laufen: _____ Monate Erste Worte: _____ Monate

Anamnese des Kindes

chronische Erkrankungen:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Krankenhausaufenthalte:

Operationen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (einschließlich Cremes): nein ja

>> Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Bisheriger Kinderarzt:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: _____ Internet o.Ä. Sonstiges:

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

Wir nutzen Doctolib für unsere Terminverwaltung, wichtigen Dokumentenverkehr (z.B. Erhebungsbögen der Vorsorge-Untersuchungen) und Terminerinnerungen. Alle Daten werden selbstverständlich entsprechend der Vorgaben des Datenschutzgesetzes verwaltet und nicht an Dritte weitergegeben. Sie erhalten ausschließlich persönliche, terminrelevante Mitteilungen.

Unter welcher E-Mail-Adresse **und** Mobil-Nummer dürfen wir Sie kontaktieren?

E-Mail _____ und SMS _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!