



**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: _____

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):

Schwangerschaft und Geburt

Geburt in der _____ SSW spontan Kaiserschnitt Saugglocke

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

>> Wenn ja, welche?



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 |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | Mutter / Vater | | | |
| Allergien (welche?) | <input type="checkbox"/> | Mutter: | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Vater: | | | |

Sonstiges (bitte nennen):

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!