



Liebe Eltern,

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

Bitte beachten Sie, dass die Altersspanne in einer Kinderarztpraxis sehr groß ist und Ihnen deswegen evtl. ein paar Fragen als nicht notwendig erscheinen. Gerne dürfen Sie die Angaben dementsprechend anpassen oder weglassen.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Angaben der Eltern:

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Leibliche Eltern    Adoptiveltern    Pflegeeltern    Alleinerziehend

### Angaben zu Geschwistern (Name & Geburtsdatum):

\_\_\_\_\_

### Besteht Unterstützung durch das Jugendamt, Familienhilfe, ...?

\_\_\_\_\_

### Geht Ihr Kind in eine Kindereinrichtung bzw. Schule?

		Seit Wann?
Name der Kindereinrichtung/Schule:	_____	_____
Name der Grundschule:	_____	_____
Name der weiterführenden Schule:	_____	_____

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Ist Ihr Kind altersgerecht geimpft? (Impfpass mitbringen)  Ja  Nein

Medikamente: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten/Allergien: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

Schwerwiegende Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

Förderbedarf? (z.B. Logopädie, Frühförderung, schulische Förderung, ...)

\_\_\_\_\_

### Erkrankungen in der Familie (Eltern, Großeltern o. Geschwister):

- Herz:
- Lunge:
- Niere
- Hüfte
- Stoffwechselstörung:
- Bluterkrankungen/Gerinnungsstörung:
- Thrombose/Schlaganfall:
- Epilepsie/Fieberkrampf:
- Allergien:
- Autoimmunerkrankungen:
- Schwere Hörstörungen / Taubheit:
- Schwere Sehstörungen / Blindheit:

### Schwangerschaft und Geburt:

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:

\_\_\_\_\_

Nikotin-, Alkohol, Drogenkonsum oder Medikamente in der Schwangerschaft?

\_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_ SSW

Auffälligkeiten während oder nach der Geburt: \_\_\_\_\_

**Ab wann konnte Ihr Kind?**

Sich allein hinsetzen? \_\_\_\_\_

Krabbeln? \_\_\_\_\_

Erste Schritte freilaufen? \_\_\_\_\_

Erste Worte sprechen? \_\_\_\_\_

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

**Ernährung:**

Muttermilch und/oder Flaschennahrung: \_\_\_\_\_

Vitamin-D Gabe?  Nein  Ja, folgendes Präparat: \_\_\_\_\_

Ab Kleinkindalter:

Normale Kost  vegetarisch  vegan  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein besonderes Anliegen, Anmerkungen oder Fragen?**

---

---

---

---