



Liebe Eltern, liebe Patienten!

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. In Vorbereitung auf unseren ersten Termin bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

---

### Angaben zum Kind

Name, Vorname(n):

Geboren am:

In:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

Das Kind lebt bei:

Beiden Eltern

oder bei:

Gesetzlicher Vertreter:

Beide Eltern

Mutter

Vater

oder anderer:

Krankenkasse:

Name Hauptversicherter:

geb. am:

---

### Angaben zur Mutter

Name, Vorname(n):

Geboren am:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift (falls abweichend):

Berufstätig (als):

Bekannte Erkrankungen/Allergien:

---

### Angaben zum Vater

Name, Vorname(n):

Geboren am:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift (falls abweichend):

Berufstätig (als):

Bekannte Erkrankungen/Allergien:

Sind die Eltern:

verheiratet

zusammen lebend

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

Erziehen Sie Ihr(e) Kind(er):

zusammen.

alleine als Mutter

alleine als Vater

oder:



Angaben zu Geschwistern		
Name und Vorname:	geb. am:	Besondere Probleme oder Krankheiten:

### Erreichbarkeit

Telefon Mutter:

Telefon Vater:

E-Mail:

### Angaben zur Sprache

Muttersprache:

Mehrsprachige Erziehung:  ja  nein

Wenn ja, welche weitere Sprache(n):

### Angaben zur Schwangerschaft

Auffälligkeiten:  ja  nein

Wenn ja, welche:

### Angaben zur Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt:

Geburtsart:

Geburtsgewicht:

Geburtslänge:

Kopfumfang:

Hat ihr Kind sofort geschrien?  ja  nein

APGAR-Werte:

Hörtest ( TEOAE  AABR) auffällig?  ja  nein

NG-Screening auffällig?  ja  nein

Musste Ihr Kind nach Geburt besonders betreut werden?  ja  nein

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?  ja  nein

Wenn ja, in welche?

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?  ja  nein

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung mit Blaulicht?  ja  nein



---

**Angaben zu den ersten Lebenswochen**

---

Mit welcher Nahrung wird/wurde Ihr Kind in den ersten 4-6 Lebensmonaten ernährt:

---

Muttermilch     Pre-Nahrung     „1er“-Nahrung     HA-Nahrung

---

Bekommt oder bekam Ihr Kind Vitamin D?     ja     nein    Wenn ja, welches?

---

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.:

---

Infektionen                                     Schlafstörungen                                     Krampfanfälle

---

Ernährungsstörungen                     vermehrtes Schreien

---

sonstige:

---

---

Beantwortet von:                                     Mutter     Vater    oder:

---

---

Datum und Unterschrift:

---