



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:

Bisheriger Kinderarzt:

---

### 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:

---



<b>Angaben zu Geschwistern</b>		
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 zu aktuellen Krankheiten**

Besondere Probleme oder  
Krankheiten:

Dauermedikamente:  ja  nein

Wenn ja, welche:

Dauertherapien:  ja  nein

Wenn ja, welche:

---

Beantwortet von:  Mutter  Vater oder:

---

Datum und Unterschrift: