



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:

Körpergröße:

Angaben zum Vater

Name, Vorname(n):

Geboren am:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift (falls abweichend):

Berufstätig (als):

Bekannte Erkrankungen/Allergien:

Körpergröße:

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:
