

Patienten-Neuaufnahme oder Datenaktualisierung

# Kinderärztliche Erstvorstellung und Kontaktdaten

Liebe Eltern,

willkommen in unserer Praxis. Um Sie und Ihr Kind optimal beraten und Ihr Kind bestmöglich betreuen zu können, bitten wir Sie um einige Informationen. Ihre persönlichen Angaben erfolgen freiwillig und unterliegen unsererseits der Schweigepflicht.

Name des **Kindes**: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Das **Kind lebt bei**  Beiden Eltern oder bei  \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigt:**  Beide Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

**Mutter:** Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

**Vater:** Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

**Versicherung:** \_\_\_\_\_ Hauptversicherte Person:  Mutter  Vater

Die **Eltern sind**  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  geschieden

Der **Patient** ist das 1. / 2. / 3. / \_\_\_\_ Kind von 1 / 2 / 3 / \_\_\_\_ Kindern

## Erkrankungen in der Familie:

(z.B. Asthma bronchiale, Allergie, Ekzem/ Neurodermitis, Heuschnupfen, Herzfehler, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Epilepsie, Rheuma, Zöliakie, Schuppenflechte, Hüfterkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Sehstörungen) **Wenn ja, wer?**

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Besteht eine bisher nicht erfragte **besondere Familiensituation?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?**  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten während oder nach der Geburt?**  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

(z.B. Kaiserschnitt, eingeleitete Geburt, Beckenendlage o. ä.)

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsklinik: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

- Bitte bringen Sie das [gelbe Vorsorgeheft](#) und, falls vorhanden, den [Mutter-Kind-Pass](#) mit weiteren Angaben zum Schwangerschaftsverlauf, mit.

Name des **Kindes**: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Bei welchem **Kinderarzt** war Ihr Kind **bisher**? \_\_\_\_\_

- Falls Ihr Kind schon Impfungen erhalten hat, **bringen Sie uns bitte den Impfausweis mit.**

**War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank?**  ja  nein

Woran? \_\_\_\_\_

**War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?**  ja  nein

Warum? \_\_\_\_\_

**Wurde Ihrem Kind schon einmal folgendes verordnet?**

- Ergotherapie  Logopädie  Krankengymnastik

Warum? \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestehen bei Ihrem Kind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Besuch von Kindergarten / Schule**

Tagesmutter / Krippe: mit \_\_\_\_\_ Jahren  Kindergarten: mit \_\_\_\_\_ Jahren

Einschulung: mit \_\_\_\_\_ Jahren  Schüler in der \_\_\_\_\_ Klassenstufe

**Ausgefüllt von**  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Sorgeberechtigten