

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**? _____

Gibt es weitere **behandelnde Fachärzte**? _____

- 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