



Erstvorstellung – Elternfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis! Da Sie das erste Mal zu uns kommen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Vor- und Nachname: _____

Nachname Ihres Kindes: _____

Vorname Ihres Kindes: _____

Geburtsdatum Ihres Kindes: _____

Geburtsort Ihres Kindes: _____

Ihre Adresse
Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

Mobilnummer Mutter: _____

Mobilnummer Vater: _____

Name der Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist: _____

Nachname der Mutter: _____

Vorname der Mutter: _____

Geburtsdatum der Mutter: _____

Nachname des Vaters: _____

Vorname des Vaters: _____

Geburtsdatum des Vaters: _____

sorgeberechtigt: Mutter Vater beide

besondere Familiensituation (z. B. alleinerziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, Umzug, Trennung, Tod):



Geschwister Ihres Kindes (Name, Alter, Besonderheiten):

Betreuung Ihres Kindes durch

Eltern Großeltern Krippe Kindergarten

Name der Schule und Klasse (falls Ihr Kind bereits zur Schule geht):

Sprachen, die Sie zu Hause mit Ihrem Kind sprechen:

Familienerkrankungen

Wenn eine Familienerkrankung bei Ihnen vorliegt, geben Sie bitte an, welches Familienmitglied daran erkrankt ist.

Asthma

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Neurodermitis

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Heuschnupfen

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Diabetes

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Schilddrüsenerkrankung

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Bluthochdruck

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Nierenerkrankung

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

erhöhtes Cholesterin

Mutter Vater Geschwister Großeltern Tanten/Onkel

Erkrankungen Ihres Kindes

Hat Ihr Kind bereits Erkrankungen durchgemacht?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____



Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Operation? _____

Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?

Nein

Ja

Wenn ja, Name des Krankenhauses und Grund für die Behandlung:

Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen?

Nein

Ja

Wenn ja, an welchen? _____

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Nein

Ja

Wenn ja, an welchen und durch welchen Arzt wurden sie diagnostiziert?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? (einschließlich Cremes)

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

Gab es Komplikationen während der Geburt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____

Geburtsweg: spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Gab es Komplikationen nach der Geburt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____



Dr. Christiane Schreiber

Bödekerstraße 90
30161 Hannover
Tel.: 0511 66 30 39
Fax: 0511 66 30 63
E-Mail: info@kinderaerztin-schreiber.de

Entwicklung Ihres Kindes

Ab welchem Monat begann Ihr Kind zu krabbeln? _____

Ab welchem Monat konnte Ihr Kind frei sitzen? _____

Ab welchem Monat begann Ihr Kind frei zu laufen? _____

Ab welchem Monat sprach Ihr Kind die ersten Worte? _____

Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, können Sie dies hier schreiben:

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgen erinnern?

Ja, per E-Mail Ja, per Telefon Nein