



Erstvorstellung Neugeborenes – Elternfragebogen

Herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes! 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):

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

Hüfterkrankungen

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

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

Wo wurde Ihr Kind geboren? (Name der Geburtsklinik oder des Geburtshauses)



Gab es Komplikationen während der Geburt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____

Geburtsweg: spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Kindslage: Schädellage Beckenendlage Querlage/Schräglage

Geburtsgewicht in Gramm: _____

Körperlänge in Zentimetern: _____

Kopfumfang in Zentimetern: _____

Apgar-Werte: _____

Gab es Komplikationen nach der Geburt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?

Nein

Ja

Wenn ja, wurde Ihr Kind mit blauem Licht behandelt? Nein Ja

Wie lange waren Sie in der Geburtsklinik? _____

Wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut?

Nein

Ja

Wenn ja, wie lange? _____

Haben Sie aktuell Unterstützung zu Hause?

Nein

Ja

Macht Ihnen zurzeit etwas Angst oder Sorge?

Nein

Ja

Ernährung

Welche Milch bekommt Ihr Kind?

Muttermilch

Flasche

Wenn Flaschennahrung, Name des Produkts: _____



Dr. Christiane Schreiber

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

Wie oft am Tag? _____

Bei Flaschennahrung: Wie viel Milliliter pro Mahlzeit? _____

Bekommt Ihr Kind Vitamin D (für die Knochen)?

Nein

Ja

Wenn ja, welches Präparat? _____

Bekommt Ihr Kind Fluorid (für die Zähne)?

Nein

Ja

Wenn ja, welches Präparat? _____

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