

**Liebe Eltern,**

**Herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!**

**Willkommen in unserer Kinder- und Jugendarztpraxis.**

**Bevor wir uns in Ruhe über ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Für unsere Anlage der Karteikarte bitten wir um folgende Informationen:**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Beruf Mutter \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt: ja  nein

Name des Vaters \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Beruf Vater \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt: ja  nein

Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichert über:  Mutter  Vater

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Name der Geschwister, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende von uns/mir berechnigte Personen kommen mit unserem/meinem Kind in die Praxis und erledigen den Praxisbesuch in meinem/unserem Sinne oder holen Rezepte/Überweisungen etc. ab (bsw. Großeltern). Nur an diese werden Formulare mitgegeben, sonst nur mit für diesen Tag geltender schriftlicher Einverständniserklärung!!**

Name \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank fürs Ausfüllen und einen guten Start in unserer Praxis.  
Im Anhang gibt es einen Fragebogen, wir bitten Sie um die kurze Zeit, um ihn zu beantworten.**

# Fragebogen für neugeborene PatientInnen

**Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

Familiensprache \_\_\_\_\_

Zweitsprache oder mehr \_\_\_\_\_

**Besondere Familiensituation ( alleinerziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, Umzug, Trennung, Tod, etc )**

\_\_\_\_\_

## Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen? (Mutter, Vater, Onkel, Tante, Geschwisterkind/er)

GMM=Großmutter mütterlicherseits

GVV=Großvater väterlicherseits

GMV= Großmutter väterlicherseits

GVM=Großvater mütterlicherseits

Asthma  \_\_\_\_\_

Neurodermitis  \_\_\_\_\_

Heuschnupfen  \_\_\_\_\_

Diabetes  \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  
(Über-oder Unterfunktion?)  \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  \_\_\_\_\_

Zöliakie  \_\_\_\_\_

ADHS  \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen  
(wenn ja welche?)  \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen  \_\_\_\_\_

Herzinfarkt  \_\_\_\_\_

Schlaganfall  \_\_\_\_\_

Suchterkrankungen  \_\_\_\_\_

Augenerkrankungen  \_\_\_\_\_

Andere  \_\_\_\_\_

## Ernährung Ihres Kindes

Welche Milch bekommt Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag? \_\_\_\_\_

Bei Flaschennahrung, wie viel pro Mahlzeit? \_\_\_\_\_ ml

Bekommt Ihr Kind Vitamin D? Mit Fluorid? Welches Präparat? \_\_\_\_\_

## Fragebogen für neugeborene Patienten

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?                      Nein                       Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine künstliche Befruchtung?                      Nein                       Ja

Gab es Komplikationen während der Geburt?                      Nein                       Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Geburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburt                      spontan                       Kaiserschnitt                       Saugglocke

Gab es Komplikationen nach der Geburt?                      Nein                       Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?                      Nein                       Ja

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung?                      Nein                       Ja

Werden/ wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut?                      Nein                       Ja

Wie lange und von wem? \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell Unterstützung zu Hause?                      Nein                       Ja

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge?                      Nein                       Ja

---

---

---

**Die Datenschutzrichtlinien bleiben gewahrt. Bitte informieren Sie sich am Aushang.**

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit**