



Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!

Wir begrüßen Sie und Ihr Kind ganz herzlich in unserer Kinderarztpraxis.

Damit wir Ihr Kind und Sie bei der ersten Untersuchung besser kennenlernen, würden wir uns freuen, wenn sie uns folgende Fragen zur Vorbereitung beantworten würden.

Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes _____ Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geschlecht: w m

Adresse _____

Krankenkasse des Kindes _____ Hauptversicherter _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum _____

Telefon/ Handy _____ E-Mail: _____

Beruf der Mutter: _____

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum _____

Telefon/Handy _____ E-Mail: _____

Beruf des Vaters: _____

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater andere

Besondere Familiensituation:(alleinerziehend, Trennung, Umzug ,schwere Erkrankung oder Tod Familienmitglieds) _____

Geschwister:

Name _____ Vorname _____ m w Geb. Datum _____

Name _____ Vorname _____ m w Geb. Datum _____

Name _____ Vorname _____ m w Geb. Datum _____

Name _____ Vorname _____ m w Geb. Datum _____

Vorstellungsgrund: _____



Haben sie Fragen, die Sie uns gerne stellen möchten?

Welche **Sprache** sprechen Sie innerhalb der Familie?

Deutsch _____ andere Sprachen _____

Gibt es chronische oder schwere Erkrankungen in der Familie?

Wenn ja, wer ist betroffen (Oma, Onkel, usw. väterlicher- oder mütterlicherseits):

- Asthma: _____
- Heuschnupfen/Allergien: _____
- Neurodermitis: _____
- Hüfterkrankungen: _____
- Augenerkrankungen: _____
- Diabetes/Schilddrüse: _____
- Herz/Bluthochdruck: _____
- Nierenerkrankungen: _____
- Infektionskrankheiten:
(z.B. Hepatitis) _____
- Weitere Erkrankungen: _____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja welche ? _____

Wurde bei Ihnen ein Abstrich auf B-Streptokokken durchgeführt? nein ja

Schwangerschaftswoche _____ SSW errechneter Termin: ____.:____.:_____

Geburtsweg: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke Apgarwerte: ____/____/____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm



Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja

Wenn ja welche ? _____

Wurde Ihr Kind wegen Neugeborenenengelbsucht behandelt? nein ja

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in der Kinderklinik behandelt? nein ja

Wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? nein ja

Haben Sie zusätzliche Unterstützung zu Hause? nein ja

Ernährung

Wird Ihr Kind gestillt? nein ja wie oft am Tag _____

Gab es aktuell Probleme beim Stillen? nein ja

Welche Anfangsmilch bekommt Ihr Kind? _____ wie oft am Tag? _____

Bekommt Ihr Kind Vitamin D und Fluorid? nein ja
Vigantolette Vigantol Öl D-Fluorette

Machen Sie sich zur Zeit Sorgen über den Zustand oder die Entwicklung Ihres Kindes?

nein ja

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgetermine und Impfungen erinnern?

nein ja wenn ja, per Mail per Telefon

Bitte bringen Sie zu der ersten Vorstellung Ihren Mutterpass und das gelbe Untersuchungsheft Ihres Kindes mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns, Sie und Ihr Neugeborenes kinderärztlich betreuen und ihr Kind in seiner Entwicklung begleiten zu dürfen.

Dr. med. N. Kohr

Ausfülldatum: ____ . ____ . ____ Vater Mutter andere

Unterschrift _____