



Liebe Eltern,

wir begrüßen Sie und Ihr Kind ganz herzlich in unserer Kinderärztlichen und Kinderneurologischen Praxis. 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) _____
- Krampfanfälle: _____
- Weitere Erkrankungen: _____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja welche ? _____

Schwangerschaftswoche _____ SSW errechneter Termin: _____. _____. _____

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

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



Gab es Komplikationen/ Besonderheiten 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

Wenn ja, warum? _____

In welcher Klinik wurde Ihr Kind behandelt? _____

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja

Durchgemachte Erkrankungen Ihres Kindes:

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen? nein ja

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? nein ja

Welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? nein ja

Was wurde operiert? _____

In welcher Klinik? _____

Krankenhausaufenthalte: nein ja Wann? _____

In welcher Klinik? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? (auch Salben, Cremes etc?)

Name des Medikamentes _____ Dosierung _____

Name des Medikamentes _____ Dosierung _____

Name des Medikamentes _____ Dosierung _____



Name des Medikamentes _____ Dosierung _____

Hat ihr Kind Therapien? nein Ja Physiotherapie seit wann? _____

Ergotherapie seit wann? _____ Logopädie seit wann? _____

Körperliche Entwicklung

Entwickelt sich Ihr Kind nach Ihrem Eindruck so wie gleichaltrige Kinder? ja nein

Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung Ihres Kindes? ja nein

Greifen nach Gegenständen _____ Monate

Drehen vom Rücken auf den Bauch _____ Monate

freies Sitzen _____ Monate Krabbeln _____ Monate

freies Laufen _____ Monate Fahrradfahren _____ Jahre

Sprachliche Entwicklung

Erste Worte _____ Monate Zwei-Wort-Sätze _____ Monate

Mehrwortsätze _____ Monate

Wortschatz kleiner 20 Worte 20-50 Worte 50-200 Worte über 200Worte

Sauberkeit

Trägt Ihr Kind noch Windeln? ja nein tagsüber nachts

tagsüber sauber mit _____ Jahren nachts sauber mit _____ Jahren

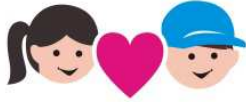
Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ja nein

Ernährung

Gibt es zurzeit Probleme mit der Ernährung? nein

ja Welche? _____



Kinderarztpraxis Dr. med. N. Kohr
Arnsburger Strasse 5
60385 Frankfurt am Main
Tel: 069 21 9975 50
praxis@dr-kohr.de
www.dr-kohr.de

Verträgt ihr Kind alle Nahrungsmittel? ja Nein Welche nicht ? Wie hat sich das geäußert?

Was ist Ihnen wichtig was sollten wir noch wissen?

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 herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns, Sie und Ihr Kind in seiner Entwicklung als Praxisteam begleiten zu dürfen zu dürfen.

Dr. med. N. Kohr

Ausfülldatum: _____._____._____ Vater Mutter andere

Unterschrift _____

Unterschrift: _____