



Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Liebe Eltern, bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Sie helfen uns damit, Ihr Kind bestmöglich zu behandeln. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Angaben zum Kind	
Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> unkompliziert	Besonderheiten in der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
Geburtsort	Mussten Sie in der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung Medikamente einnehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
	Zigaretten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Alkohol <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Drogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburt	
Geburtsort	Schwangerschaftswoche
<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Unkomplizierte Geburt	Besonderheiten o. Komplikationen während der Geburt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:

Vorerkrankungen/Operationen
Bekannte chronische Vorerkrankungen oder Erkrankungen, die schon im Mutterleib aufgefallen sind:
Operationen:
Krankenhausaufenthalte:
Bei Arztwechsel früherer Arzt:

Angaben zu den Eltern	
Name, Vorname der Mutter:	Geburtsdatum:
Erlerner Beruf:	Jetzige Tätigkeit:
Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes,....)	
Allergien:	
Name, Vorname des Vaters:	Geburtsdatum:
Erlerner Beruf:	Jetzige Tätigkeit:
Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes,....)	
Allergien:	



Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Angaben zu den Geschwistern		
Vorname	Geburtsdatum	Vorerkrankungen (z.B. Asthma, Allergien, Neurodermitis, Diabetes...)
		<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Vorerkrankungen, und zwar:
		<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Vorerkrankungen, und zwar:
		<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Vorerkrankungen, und zwar:
		<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Vorerkrankungen, und zwar:

Angaben zur weiteren Familie				
Spezielle Erkrankungen	mütterlicherseits		väterlicherseits	
Hüftgelenkserkrankungen (z.B. Hüftdysplasie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwere Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angeborene Taubheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Immunsystems	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
genetische/vererbare Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen in der Familie				
Großeltern mütterlicherseits		Großeltern väterlicherseits		
Tante/Onkel mütterlicherseits		Tante/Onkel väterlicherseits		
Sonstiges				

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!