

Erhebungsbogen für n e u e Patienten

Name: _____ geboren am: ____ / ____ / ____

Freiwillige Kontaktdaten:

e-mailAdresse: _____ Handy: _____

Bisheriger Kinderarzt: _____

Vorerkrankungen:

Wurde bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Allergien, welche: _____

Asthma Neurodermitis Nahrungsmittelunverträglichkeiten, welche: _____

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

nein ja, welche: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja, wo und weshalb: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

nein ja, woran und wann: _____

Ist Ihr Kind vollständig geimpft?

nein ja weiß nicht

Erkrankungen in der Familie:

Bitte kreuzen Sie an, ob eine der folgenden Erkrankungen bei den leiblichen Eltern Ihres Kindes (also Mutter oder Vater des Kindes) und/oder den leiblichen Geschwistern Ihres Kindes bestehen.

	Asthma	Heuschnupfen	Neurodermitis	Schilddrüsen- erkrankungen	Nierenerkrankungen	Herzfehler	Diabetes (Zucker)	Fehlbildungen	Schwerhörigkeit	Augenerkrankungen (Schielen, Brille)	Krampfleiden (Epilepsie)	Psychische Erkrankungen
Mutter												
Vater												
Geschwister												

Rauchen: wird im Haushalt des Kindes geraucht (Vater, Mutter, Geschwister)?

ja nein

Sonstige Mitteilungen an den Kinderarzt:

Bitte bringen Sie den Impfpass, das gelbe Heft und weitere Vorbefunde Ihres Kindes mit!