KINDERFACHARZTZENTRUM AN DER SIEG

Dr. med. Daniela Stößel, Dr. med. Daniel Tibussek, Dr. med. Ute von Martial,
Dr. med. Cornelia Maschke, Dr. med. Joachim Peitz-Kornbrust

Anmeldebogen für neue Patienten

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer kinder- und jugendärztlichen Gemeinschaftspraxis.

Wir bitten Sie, vor der ersten Behandlung diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wer füllt den Fragebogen aus?:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Kind:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern:

	☐ Frau ☐ Herr	☐ Frau ☐ Herr
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Tel.-Nr.		
E-Mail Adresse		
Beruf		

Sorgeberechtigt:

☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere

Besondere Familiensituation: (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Tod):

_____

_____

(Halb- / Stief-) Geschwister des Kindes:

Name, Vorname:

Geburtsdatum: _____ Kind lebt bei: _____

Name, Vorname:

Geburtsdatum: _____ Kind lebt bei: _____

Name, Vorname:

Geburtsdatum: _____ Kind lebt bei: _____

Angaben zur Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft (Erkrankungen der Mutter/ stationäre Behandlung):

_____

_____

Angaben zur Geburt:

Geburt mit _____ SSW.

Ort der Geburt: _____ ☐ Hausgeburt ☐ Klinik (welche?) _____

Probleme/Besonderheiten: ☐ Nein ☐ Ja: _____

Geburtsgewicht: _____ Gramm Körperlänge: ____ cm Kopfumfang: _____ cm

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? Musste das Kind nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden?

☐ Nein ☐ Ja:

_____

_____

Wird / wurde ihr Kind gestillt? ☐ Ja ☐ Nein

Familiengeschichte:

Liegen bei den Eltern Erkrankungen/ Allergien vor:

_____

_____

Liegen bei den Geschwistern Erkrankungen/ Allergien vor:

_____

_____

Entwicklung:

Gab es in den ersten Lebensmonaten Probleme (z.B. Ernährung, vermehrtes Schreien,…)? ☐ Nein ☐ Ja:

_____

_____

An welche Meilensteine erinnern Sie sich noch?

Krabbeln/Robben mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Erste zweisilbige Worte (z.B. Mama, Papa, Lala) mit __ Monaten

Ist ihr Kind trocken? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es Besonderheiten bei den Ausscheidungen
oder Verdauung (z.B. Einnässen, Verstopfung): ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Vorerkrankungen des Kindes:

Ist das Kind schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt worden? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann, wo, wegen?_____

Ist das Kind schon einmal operiert worden? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wegen?_____

Nimmt das Kind gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja ,welche?_____

Gibt es bekannte/vermutete Allergien/Unverträglichkeiten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja ,welche?_____

Hat das Kind bereits Impfungen erhalten? ☐ Nein ☐ Ja

Bitte den Impfpass mitbringen!

Gibt es in der Familie Besonderheiten bei der Ernährung (z.B. vegan Ernährung):

_____

Bei welchen Ärzten wurde Ihr Kind bisher behandelt?

_____

Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle untersucht, behandelt, vorgestellt? Wenn möglich: Name, Anschrift, Zeitraum

_____

_____

☐ Krankengymnastik: _____

☐ Logopädie/Sprachtherapie: _____

☐ Heilpädagogik: _____

☐ Frühförderung: _____

☐ Erziehungsberatungsstelle: _____

☐ Sozialpädiatrisches Zentrum: _____

Gab es / gibt es eine Versorgung mit Hilfsmitteln? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Besuch des Kindergartens/Kita:

Besuch des Kindergartens: ☐ Ja, ab _____Jahren ☐ Nein, weil _____

Name des Kindergartens: _____

☐ Regelkindergarten ☐ integrativer Kindergarten ☐ heilpädagogischer Kindergarten

Gibt oder gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Besonderheiten, Sorgen?

_____

_____

Besuch der Schule/Schulzeit:

Einschulung mit: _____ Jahren Name der Schule: _____ Schulform: _____

Ihr Kind besucht jetzt die Klasse: _____

Wiederholung von Klassen? ☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

Die jetzigen Schulleistungen sind ☐ gut ☐ durchschnittlich ☐ eher schlecht

Gibt es oder gab es in der Schule Auffälligkeiten, Probleme, Sorgen?

_____

_____

Haben wir etwas vergessen oder möchten Sie uns gerne noch etwas mitteilen?
Gibt es andere wichtige Angaben, welche wir in Ihrem Interesse in unserem Datensystem speichern sollen?

_____

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

_____

Ausgefüllt am (Datum) Unterschrift