



Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Katharina Laska
Kristina Eising
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Europaplatz 6
53721 Siegburg
Tel. 02241 3977990

Anmeldebogen neuer Patient neugeborenes Kind

Um das Gespräch mit dem Arzt erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter , Vater , _____

Kind

Name:

Vorname: weiblich männlich

Geburtsdatum: Muttersprache: _____

Straße:

Postleitzahl: Wohnort:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Das Kind lebt bei: den Eltern Vater Mutter
 nicht bei den Eltern, sondern: _____

Sorgerecht/Vormundschaft bei: Eltern Mutter Vater
 nicht bei den Eltern, sondern: _____

Eltern:

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

Geschwister des Kindes (auch Halb-/Stief-):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kind lebt bei	in dieser Praxis bekannt
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>

Angaben zu Schwangerschaft/Geburt:

Geburtsklinik: _____

Um die wievielte Schwangerschaft handelt es sich? _____ Um die wievielte Geburt? _____

Gab es auffällige Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen:

 Nein Ja: (welche Befunde?) _____

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

 Nein Ja: (welche?) _____Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? Nein Ja: (Zig./Tag) _____Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Nein JaHat die Mutter während der Schwangerschaft Drogen genommen? Nein Ja

Gab es sonstige Besonderheiten während der Schwangerschaft? _____

Psychische Belastungen während der Schwangerschaft? _____

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? _____

Musste das Kind nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden? Nein Ja: _____

Hebammenbetreuung vorhanden? _____

Mitbetreuung durch das Jugendamt vorhanden? _____

Familiengeschichte:

Sind Vater und Mutter des Kindes miteinander blutsverwandt? nein ja

Sind Geschwister, Eltern, Großeltern oder nahe Verwandte des Kindes von einer der folgenden Erkrankungen/Beeinträchtigungen betroffen?

	Mutter	Vater	Geschwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa mütterlicherseits
Angeborene Sehstörung							
Angeborene Hörstörung							
Heuschnupfen							
Asthma							
Neurodermitis							
Kontaktallergie							
Milbenallergie							
	Mutter	Vater	Geschwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa mütterlicherseits
Pollenallergie							
Tierhaarallergien							
Nahrungsmittel-Allergien							
Epilepsie							
Anfallsleiden							
Geistige Behinderung							
Körperliche Behinderung							
Verzögerte/gestörte Entwicklung							
Lernstörung							
Neurologische, psychiatrische Erkrankung							

Nehmen Vater oder Mutter dauerhaft Medikamente gegen eine Erkrankung ein? nein

ja: _____

Gab oder gibt es Belastungen in der Familie, die einen Einfluss auf die Entwicklung oder Probleme des Kindes haben könnten? nein ja: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? Wer spricht in welcher Sprache mit dem Kind?

Vor- und Nachname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt und entbinden unser Praxisteam von seiner Schweigepflicht und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich Befunde oder Berichte von anderen Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen einholen können.

Datum _____ Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die ausgehängten Informationen zur DSGVO lesen konnte.

Bitte bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin den ausgefüllten Fragebogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Katharina Laska und Kristina Eising