



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

Anmeldebogen neuer Patient 0-6 Jahre

Um das Gespräch mit dem Arzt zur Übernahme der ärztlichen Betreuung Ihres Kindes zu 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: _____

Was führt Sie in unsere Praxis?

- Wechsel aus Kinderarztpraxis Dr. _____ in _____
- Urlaubsvertretung/Vertretung für Praxis _____ Dr. _____ in _____
- Überweisung zum Lungenfacharzt/Allergologen aus Praxis Dr. _____ in _____
- sonstiges: _____

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:

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 Ja

Hat 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: _____

Bisherige Entwicklung:

Wurde das Kind gestillt? Nein Ja: (wie lange?) _____

Gab es bisher belastende Probleme mit:

Wachstum/Gewichtszunahme? Nein Ja: _____

Schlafen? Nein Ja: _____

Essen? Nein Ja: _____

Hören? Nein Ja: _____

Sehen? Nein Ja: _____

Motorische Entwicklung? Nein Ja: _____

Sprachentwicklung? Nein Ja: _____

Andere Probleme oder Sorgen? _____

Vorerkrankungen des Kindes:

Ist das Kind schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt worden? nein ja: (wann, wo, wegen) _____

Ist das Kind schon einmal operiert worden? nein ja, wegen _____

Nimmt das Kind gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein? nein ja: (welche?) _____

Gibt es bekannte/vermutete Allergien/Unverträglichkeiten? nein ja: (welche?) _____

Bei welchen Ärzten wurde Ihr Kind bisher vorgestellt? Gab es auffällige Ergebnisse? _____

Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle untersucht, behandelt, vorgestellt?

Wenn möglich: Name, Anschrift, Zeitraum

Krankengymnastik: _____

Logopädie/Sprachtherapie: _____

Heilpädagogik: _____

Frühförderung: _____

Erziehungsberatungsstelle: _____

Sozialpädiatrisches Zentrum: _____

Kinder & Jugendpsychiater

Psychotherapeut

Sonstiges

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							

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

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

In welcher Sprache spricht das Kind altersgerecht? _____

Wird das Kind von Tagesmutter/Kindertagesstätte betreut (Name/Anschrift)?

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 Fragenbogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Katharina Laska und Kristina Eising