

Die Kinderärztin

Dr. med. Alexandra Sell



Kinder- und Jugendärztliche Praxis
Dr. Alexandra Sell
Moselstraße 23 | 41751 Viersen-Dülken
Tel: 02162-51888 | Fax: 02162-41161
Mail: praxis@kinderaerztin-duelken.de

Liebe Eltern und Kinder!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute das erste Mal bei uns. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefonnummer privat: _____ Handy: _____

Dienstlich: _____ email: _____

Mutter: _____ geb. _____

Erlerner Beruf: _____ momentan tätig als _____

Vater: _____ geb. _____

Erlerner Beruf: _____ momentan tätig als _____

Sorgeberechtigt: ☐ beide Eltern ? ☐ Mutter ? ☐ Vater ? ☐ andere ?

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

Geschwister: keine ☐

Name, Alter, Besonderheiten

Familienerkrankungen

Wenn ja, wer ist betroffen?

Asthma	☐	_____
Neurodermitis	☐	_____
Heuschnupfen	☐	_____
Diabetes	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen	☐	_____
Bluthochdruck	☐	_____
Nierenerkrankung	☐	_____
Erhöhtes Cholesterin	☐	_____
_____	☐	_____
_____	☐	_____

Betreuung des Kindes durch: ☐ Eltern ☐ Großeltern ☐ Tagesmutter

☐ Krippe ☐ Kindergarten _____

☐ Schule _____ Klasse: ____

Durchgemachte Erkrankungen:

Operationen ☐ nein ☐ ja

Welche: _____

Krankenhausaufenthalte: ☐ nein ☐ ja wann, wo, warum: _____

chronische Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja welche: _____

Allergien: ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? Wo und durch wen diagnostiziert?

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente (einschließlich Cremes) ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Gab es Komplikationen während der Geburt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Geburt _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsweg: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke

Gab es Komplikationen nach der Geburt) ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Entwicklung

Krabbeln: _____ Monate Freies Sitzen: _____ Monate

Freies Laufen: _____ Monate Erste Worte: _____ Monate

Kindergarten: _____

Schule/Klasse: _____

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf?

☐ nein ☐ ja (Sprachen: _____)

Haben wir etwas vergessen, möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgen erinnern?

☐ nein ☐ ja

☐ per Telefon _____ ☐ per email _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____