

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,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Mutter: _____ geb. _____

Erlerner Beruf: _____ momentan tätig als _____

Telefonnummer privat: _____ Handy: _____

Vater: _____ geb. _____

Erlerner Beruf: _____ momentan tätig als _____

Telefonnummer privat: _____ Handy: _____

Dienstlich: _____ email: _____

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	☐	_____
Hüfterkrankungen	☐	_____
Diabetes	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen	☐	_____
Bluthochdruck	☐	_____
Nierenerkrankung	☐	_____
Erhöhtes Cholesterin	☐	_____
_____	☐	_____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Wo wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es Komplikationen während der Geburt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Geburt _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsweg: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Apgarwerte: __/__/__

Gab es Komplikationen nach der Geburt) ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, erfolgte eine Behandlung mit blauem Licht? ☐ nein ☐ ja

Wie lange waren Sie in der Geburtsklinik? _____

Werden/wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, von wem und wie lange? _____

Ernährung

Welche Milch bekommt Ihr Kind? _____

Wie oft am Tag? _____

Bei Flaschennahrung – wie viel pro Mahlzeit? _____ ml

Bekommt Ihr Kind Vitamin D (für die Knochen) und Fluorid (für die Zähne)?

Welches Präparat? _____

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge? ☐ nein ☐ ja

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgen erinnern?

☐ nein ☐ ja

☐ per Telefon _____ ☐ per email _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____