



Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Wir bitten Sie um folgende Angaben, welche freiwillig sind und selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

Name des Kindes: _____ geb. _____

Adresse: _____

Mutter: _____ geb. _____ Beruf: _____

Vater: _____ geb. _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Handy: _____

sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater

besondere Familiensituation (z.B. allein erziehend): _____

Geschwister: keine Name, Alter, Besonderheiten: _____

Familiensprache: _____

Familienerkrankungen (z.B. Allergien, Diabetes): _____

Bei welchem Arzt war Ihr Kind bisher in Behandlung? _____

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

Nein Ja: _____

Gab es Probleme bei der Geburt?

Nein Ja: _____

War Ihr Kind bereits ernsthaft erkrankt (Operation, Krankenhausaufenthalt etc.)?

Nein Ja: _____

Hat Ihr Kind Allergien?

Nein Ja: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein (auch Cremes oder Sprays)?

Nein Ja: _____

Verlief die Entwicklung Ihres Kindes bisher normal?

Ja Nein: _____

Hatte Ihr Kind bereits Ergotherapie Logopädie Krankengymnastik

Psychotherapie Anderes: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen ausgefüllt am _____ von _____

Dr. med. Christine
Bisping-Kuske

Dr. med. Gunda
Wittmund
(angest. Ärztin)

Ärztinnen für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

Vahrenwalder Platz 3
30165 Hannover
Telefon 0511 352 1414
Telefax 0511 352 3097