



Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!

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): \_\_\_\_\_

### **Schwangerschaft und Geburt**

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es Probleme bei der Geburt?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurden Sie von einer Hebamme betreut?  Ja  Nein

### **Ernährung**

Wie wird Ihr Kind ernährt? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Vitamin D und/oder Fluorid?  Nein  Ja, welches: \_\_\_\_\_

Möchten Sie etwas bestimmtes besprechen?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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