



Liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis.
Wir bitten Sie um folgende Angaben, welche freiwillig sind und selbstverständlich
der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

Dr. med.
Christine Bisping-Kuske
Dr. med.
Christian Tiator

Ärzte für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

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

Name des Kindes: geb.:

Adresse:

Elternteil 1: geb.:

Beruf:

Elternteil 2: geb.:

Beruf:

Telefon/Handy:

Email:

Sorgeberechtigt sind: beide Eltern Elternteil 1 Elternteil 2

Besondere Familiensituation (z. B. allein erziehend):
.....

Geschwister: keine Name(n), Alter, Besonderheiten:
.....

Sprache(n) in der Familie:

Erkrankungen in der Familie (z. B. Allergien, Diabetes):

Bisher betreuende Kinderärztin oder Kinderarzt:

Probleme in der Schwangerschaft:

Probleme unter der Geburt:

Ernsthafte Erkrankungen des Kindes (Herzfehler, Operationen, Krankenhausaufenthalte):
.....

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Nein Ja:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein (auch Cremes oder Sprays)? Nein Ja:
.....

Wie wird Ihr Kind ernährt? Familienkost vegetarisch vegan anderes:

Verlief die Entwicklung Ihres Kindes bislang normal? Ja Nein:
.....

Mein Kind hatte bereits: Ergotherapie Logopädie Krankengymnastik Psychotherapie SPZ

Ergänzungen:
.....

Fragebogen ausgefüllt am von:

