



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: .....

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): .....

Probleme in der Schwangerschaft: .....

Probleme unter der Geburt bei der Mutter: .....

Probleme unter der Geburt beim Kind (auch Frühgeburtlichkeit): .....  
.....

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

Werden Sie von einer Hebamme betreut?  Ja  Nein

Wie wird Ihr Kind ernährt? .....

Bekommt Ihr Kind Vitamin D und/oder Fluorid?  Nein  Ja: .....

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  Nein  Ja: .....  
.....

Möchten Sie etwas Bestimmtes besprechen? .....  
.....

Fragebogen ausgefüllt am ..... von: .....

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

