

Liebe Patienten und Eltern,

herzlich willkommen in der Kinderarztpraxis Mauritz! Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Gerne möchten wir Sie möglichst schnell zu Ihrem Anliegen beraten. Dazu benötigen wir ein paar kurze Angaben von Ihnen.

Vielen Dank, das Sie sich die Zeit nehmen!

**Angaben zum Kind**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Bisheriger Kinderarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_

**Weiteres Elternteil** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

im selben Haushalt lebend     getrennt lebend



**Angaben zu Geschwistern (Name / Geburtsdatum / Vorerkrankungen)**

---

---

---

---

**Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?**

- Allergien \_\_\_\_\_
- Heuschnupfen     Asthma     Empfindliche Haut / Neurodermitis
- Schilddrüsenerkrankung
- Hüftdysplasie (als Säugling breit gewickelt worden, Spreizhose gehabt)
- \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte Ihres Kindes**

- Schwangerschaft und Geburt unauffällig     auffällig \_\_\_\_\_
- Stationär im Krankenhaus \_\_\_\_\_
- Operationen \_\_\_\_\_
- Vorerkrankungen \_\_\_\_\_
- Allergien \_\_\_\_\_
- regelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

**Betreuung**

Geht Ihr Kind in eine Kindertagesbetreuung / Schule?

- nein
- ja - Name der KiTa / Schule: \_\_\_\_\_, ggf. Klasse: \_\_\_\_\_

**Förderbedarf**

Erhält Ihr Kind bestimmte Förderungen oder hat es in der Vergangenheit Förderbedarf gehabt im Sinne von Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie...?

- nein
- ja, welche: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Sprachen in der Familie**

---

