

Liebe Eltern und Kinder!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Sie sind heute das erste Mal bei uns. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragebogen zum Erstkontakt

Kind: _____
Vorname Name Geburtsdatum

Adresse

Eltern: Status: ☐ verheiratet, ☐ nicht verheiratet, ☐ getrennt lebend, ☐ geschieden
Sorgerecht: ☐ bei beiden Eltern, alleinig ☐ bei der Mutter / ☐ beim Vater

Mutter: _____
Vorname Name. Geburtsdatum
Beruf: _____
erlernter Beruf aktuell ausgeübter Beruf
Wohnort (nur, wenn abweichend) _____
Telefonnummer/n: _____
E-Mail: _____

Vater: _____
Vorname Name. Geburtsdatum
Beruf: _____
erlernter Beruf aktuell ausgeübter Beruf
Wohnort (nur, wenn abweichend) _____
Telefonnummer/n: _____
E-Mail: _____

Geschwister: ☐ keine, ☐ alles leibliche Geschwister, ☐ Stiefgeschwister (mit * kennzeichnen)
Namen/Alter/Besonderheiten: _____

Aktuelle Betreuung des Kindes: ☐ zu Hause, ☐ Tagesmutter, ☐ Kiga/KiTa, ☐ Sonstiges: _____
Schule (_____. Klasse): ☐ Grundschule, ☐ Hauptschule, ☐ Realschule, ☐ Gymnasium, ☐ Gesamtschule ,
☐ sonstige Schule(z.B. Förderschule): _____

Schwangerschaft und Geburt: Probleme in der Schwangerschaft: ☐ nein, ☐ ja: _____
Geburt nach _____ Wochen, Ort: _____ Ablauf: ☐ spontan, ☐ Kaiserschnitt,
APGAR: / / , NapH: _____, Länge des Kindes : _____ cm, Gewicht: _____ g, Kopfumfang: _____ cm
Probleme bei oder nach der Geburt: _____

Aktuelle Ernährung:

☐ Muttermilch, ☐ Säuglingsnahrung, ☐ Beikost, ☐ Kleinkinderkost: _____
☐ unsere Familienkost : ☐ normale Mischkost, ☐ vegetarisch, ☐ vegan, ☐ sonstige Diäten: _____

Nachgewiesene Allergien:

☐ nein, ☐ ja: _____

Erkrankungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte (mit Jahresangabe): ☐ nein, ☐ ja: _____

traumatische Erlebnisse: (mit Jahresangabe)

☐ nein, ☐ ja: _____

Familiäre Erkrankungen (bitte mit Angabe der betroffenen Familienmitglieder):

Allergien/Asthma/Neurodermitis: ☐ nein, ☐ ja: _____

Epilepsie: ☐ nein, ☐ ja: _____

psychische Erkrankungen: ☐ nein, ☐ ja: _____

Erbkrankheiten/sonstige Krankheiten: ☐ nein, ☐ ja: _____

Entwicklung (Angabe bitte soweit möglich in Monaten)

Drehen: _____, Krabbeln: _____, Sitzen: _____, Stehen: _____, Laufen: _____, erste Worte: _____, erste Sätze: _____,
Laufрад: _____, Dreirad: _____, Fahrrad ohne Stützräder: _____, Schwimmen: _____, tags/nachts trocken: _____ /
Entwicklungsprobleme/Verhaltensauffälligkeiten: _____

Therapien (bitte mit Angabe, wo und wie lange die Therapie erfolgt ist):

☐ Physiotherapie, ☐ Logopädie, ☐ Ergotherapie, ☐ Heilpädagogik/Frühförderung, ☐ Psychotherapie
☐ Sonstige: _____

Bekommen Sie **Unterstützung/Beratung** durch Jugendamt, Frühe Hilfen, Familienhebamme, häusliche Kinderkrankenpflege, Erziehungsberatungsstelle, ☐ nein, ☐ ja: _____

Bisherige behandelnde Ärzte (Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner, Fachärzte, z. B. HNO-, Haut- oder Augenärzte): _____