



Patientenfragebogen (Kinder)

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Familienpraxis ! Um Ihr Kind optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie am Ende des Dokuments die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift .Vielen Dank !

Persönliche Daten Ihres Kindes

Vorname(n):

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Nationalität:

Telefon:

Mobiltelefon :

Versichertenstatus:

gesetzlich privat PostB / KVB

Sonstige:.....

Adresse (Wohnort, Strasse) :
.....
.....

Erster Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname :

Nachname:

Geburtsdatum:

Beruf:

- ist Hauptversicherte(r)
- ist sorgeberechtigt
- ist leibliche(r) Mutter oder Vater
-

Telefon:

Mobiltelefon :

Email:.....

Adresse: wie bei Kind

.....
.....

Sonstige Hinweise :
.....

Zweiter Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname :

Nachname:

Geburtsdatum:

Beruf:

- ist Hauptversicherte(r)
- ist sorgeberechtigt
- ist leibliche(r) Mutter oder Vater
-

Telefon:

Mobiltelefon :

Email:.....

Adresse: wie bei Kind

.....
.....

Sonstige Hinweise :
.....

Die Familie betreffende Gesundheitsfragen

Gibt es in der leiblichen Familie (Eltern, Geschwister) Ihres Kindes folgende Krankheiten ?

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Tumorerkrankungen

- Blutungsneigung, Bluterkrankungen
- Nerven-/Gemütskrankheiten
- Tumorerkrankungen, Krebs
- vererbte Krankheiten

1. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder leibliche Schwester

.....

Alter: Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....
.....
.....

2. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder leibliche Schwester

.....

Alter: Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....
.....
.....

3. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder leibliche Schwester

.....

Alter: Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....
.....
.....

4. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder leibliche Schwester

.....

Alter: Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....
.....
.....

Fragen zur Vorgeschichte und zur Gesundheit Ihres Kindes

Körpergröße..... cm Gewicht: kg

Schwangerschaftsverlauf

- unauffällig
- mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:

.....

Geburt

Schwangerschaftswoche:.....

- unauffälliger Geburtsverlauf
- mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:

.....

- Spontangeburt
- eingeleitete Geburt
- Hausgeburt

Bisherige Krankheiten

- häufige Infektionskrankheiten
- häufige Bronchitis
- Lungenentzündung
- Herz-Kreislaufkrankungen, z.B. Herzfehler / Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Krankheiten des Bauches, der Bauchorgane, Nieren oder Geschlechtsorgane
- Krampfleiden, Epilepsie oder andere Nervenerkrankungen

- Krankheiten der Wirbelsäule, des Bewegungsapparates und der Gelenke (z.B. Arthrose, Skoliose, Rheuma)
- Psychische Erkrankungen
- Essprobleme / Gewichtsprobleme / besondere Ernährungsweisen:

- Tumorerkrankungen / Krebs
- Sehstörungen / Schielen
- Ohrkrankheiten / Hörstörungen
- Behinderungen
- Allergien:
- Stoffwechselkrankheiten (Zuckererkrankung / Schilddrüse,...)
- Sonstige Krankheiten / nähere Angaben:

- Bisherige Krankenhausaufenthalte / Operationen:

Bestehen aktuell Zeichen oder Hinweise für ansteckende Krankheiten bei Ihrem Kind ?

(Beispiele: Durchfall, Fieber, Hautausschläge, Lausbefall, Würmer im Stuhl, Krätze,)

- Ja Nein

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein ?

Bitte alle Medikamente mit der aktuellen Dosierung in die folgende Tabelle (ggfs. Zusatzblatt) eintragen.

Medikament (genaue Bezeichnung)	Seit wann	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	

Impfungen:

Welche Standard-Schutzimpfungen hat Ihr Kind erhalten ?

- Tetanus Diphtherie Hepatitis B HiB Polio Keuchhusten / Pertussis
 Pneumokokken Rotaviren Meningokokken Masern/Mumps/Röteln Windpocken

Konnten alle vorgesehenen Impfungen durchgeführt werden ?

- Ja Nein Weiß nicht / unsicher

Vorsorgeuntersuchungen:

Hat Ihr Kind an den empfohlenen Kinder-Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen ?

- Ja Nein Teilweise

Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung :

Bei (Ärztin /Arzt):

Gab es Auffälligkeiten / Feststellungen gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen ?

- Keine Folgende:

.....

Entwicklung

Bitte geben Sie an, mit wie vielen Monaten Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte erreicht hat:

- Freies Sitzen**Monate **Krabbeln**Monate **freies Laufen**Monate
ZahnenMonate **erste Worte**Monate **Fremdeln**Monate
tags trockenMonate **nachts trocken**Monate

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit auch anderweitig in Behandlung ? Wenn ja, wo ?

(Ärzte, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, SPZ, Frühförderstelle)

.....

.....

Wird Ihr Kind auch von anderen als den o.a. sorgeberechtigten Personen betreut ?

- nein
- Familie: Stunden / Tag
- Kindergarten / Hort : Stunden / Tag
- Andere: Stunden / Tag

Schulbesuch - Schulart

Klasse:

- Förderschule Vorschule Grundschule Mittelschule Gesamtschule
- Realschule Gymnasium Sonstige:

Kindergarten-/ Schulschwierigkeiten: ja nein teilweise

Teilleistungsschwächen: Lese- und/oder Schreibschwäche Rechenschwäche

Welche:

Hobbys / Freizeitaktivitäten / Suchtverhalten

Hobbys :

Haustier(e):

Vereine:

Konfession / Glaubensbesonderheiten:

Freunde: normale Kontakte besonders viele keine / besonders wenige

Weitere Fragen zu Kindern ab Schulalter:

	ja	nein
Regelmäßige Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen / Nikotin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum (z.B. Cannabis, Kokain,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Fernsehen / Computerspielen / Handygebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Probleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Platz für weitere Hinweise, die Sie uns geben möchten:

.....

Datum **Ihre Unterschrift**

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter !
 Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe -

Ihr Praxisteam - Familienpraxis Karlstein