

Liebe Patienten, liebe Eltern,

Um unsere Patienten gut betreuen zu können, ist es sinnvoll und notwendig einige Grundangaben zu erheben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen soweit sinnvoll und möglich aus, und bringen den Fragebogen mit in die Sprechstunde. Diese Angaben werden selbstverständlich, wie alle anderen medizinischen Daten, vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Für Rückfragen stehen sowohl die Arzthelferinnen wie auch die Ärzte gerne zur Verfügung. Falls der Platz nicht ausreicht lassen Sie sich zusätzlich ein leeres Blatt geben.

<b>Vorname, Name</b> und Geburtstag des Patienten:	
Gab es Probleme in <b>Schwangerschaft</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gab es Probleme bei der <b>Geburt</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde (oder wird) das Kind <b>gestillt</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> , ____ Wo./Mon.    Nein <input type="checkbox"/>
Gab es Probleme im ersten Lebensjahr? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gab es Probleme in der <b>Kleinkinderzeit (1-4 Jahre)</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Krankenhausaufenthalte oder Operationen</b> ? Wenn ja, wann und warum?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat ihr Kind <b>wiederkehrenden Erkrankungen</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nimmt ihr Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine <b>Allergie</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gab es Probleme in <b>Kindheit oder Jugend</b> ? wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wird in der Wohnung des Patienten <b>geraucht</b> ? Wenn ja, von wem und wo in der Wohnung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
In welche <b>Kinderkrippe, Kindergarten, Schule</b> geht ihr Kind?	

Vorname, Name und Alter der <b>Mutter</b> :	
Hat die Mutter eine <b>allergische Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat die Mutter eine andere <b>chronische Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welchen <b>Beruf / Ausbildung</b> hat die Mutter? Berufstätig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vorname, Name und Alter des <b>Vaters</b> :	
Hat der Vater eine <b>allergische Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat der Vater eine andere <b>chronische Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welchen <b>Beruf / Ausbildung</b> hat der Vater? Berufstätig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Geschwister</b> ? Wenn ja notieren Sie bitte Name, Alter, und Krankheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leben die <b>Eltern</b> zusammen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Telefonnummern</b>	Hause: Arbeit: Handy:
<b>Email-Adresse</b>	