

Liebe Eltern,

damit Untersuchung und Behandlung für Ihr Kind in unserer Praxis möglichst angenehm verlaufen, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen.

Name (Kind) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Über welche Person ist das Kind versichert ?

Name, Vorname:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse (freiwillig): _____

Beruf: _____

Arbeitgeber _____

Telefonisch erreichbar: privat: _____ mobil (freiwillig): _____

Ihr Kind geht in

den Kindergarten

die Schule

Eine andere Einrichtung

Lieblings-Beschäftigung Ihres Kindes

Lieblings-Essen und -Getränk Ihres Kindes

Grund des heutigen Besuchs

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu:

Asthma/ Lungenerkrankung

Entwicklungsstörung/-verzögerung

Hörstörungen

Zuckerkrankheit

Sehstörungen

Lebererkrankung/ Gelbsucht

Nierenerkrankung

Magen-Darm-Erkrankung

Neurologische Erkrankung

Behinderung

Anfallsleiden/ Epilepsie

Rheuma

Schilddrüsenerkrankung

Bluterkrankung

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens ?

Herzoperationen

Herzfehler

Sonstiges

Bestehen sonstige Erkrankungen ?

Wenn Ja, welche _____

Hat Ihr Kind Allergien ?

Wenn ja, worauf ?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?

Wenn ja , welche ?

Weshalb haben Sie uns aufgesucht?

- akute Beschwerden
- habe Fragen zu meiner Gesundheit
- zur Routineuntersuchung
- um eine zweite Meinung einzuholen
- _____

Sind Sie von der Medikamentenzuzahlung befreit? ja

nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung anderer Patienten
- über das Internet
- Telefonbuch
- sonstiges: _____

Alle Angaben unterliegen der strengen ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam

Datum, Unterschrift