

Liebe Eltern, mit diesem Fragebogen möchten wir Sie und Ihr Kind näher kennenlernen. Die Antworten sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben das Recht, diese Daten nochmals einzusehen, um diese ändern oder auch löschen zu lassen - sofern keine anderen rechtlichen Regelungen dem entgegenstehen. Danke für Ihre Mitarbeit.

Angaben zum Kind

Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____ in: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Anschrift
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Das Kind lebt bei: beiden Eltern oder bei: _____
Gesetzlicher Vertreter: beide Eltern Mutter Vater anderer
Über wen ist das Kind versichert? _____
Krankenkasse: _____

Angaben zur Geburt

Gestationsalter: _____ Schwangerschaftswochen
Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden? ja nein
Falls ja, warum: _____

Angaben zur Familie

Mutter: Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Anschrift (falls abweichend von oben):
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Handy-Nummer: _____
Berufstätig: ja nein Wenn ja, als: _____
Vorerkrankungen: _____

Vater: Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Anschrift (falls abweichend von oben):
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Handy-Nummer: _____
Berufstätig: ja nein Wenn ja, als: _____
Vorerkrankungen: _____

Die Eltern sind
verheiratet zusammenlebend geschieden getrennt lebend verwitwet
Sie erziehen Ihr Kind
zusammen allein als Mutter allein als Vater als _____

Angaben zu den Geschwistern

Name, Vorname(n):	geb. am:	Gesundheitliche Probleme/Erkrankungen:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Angaben zur bisherigen Entwicklung

Geht Ihr Kind in eine Kita/Schule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, seit wann?	_____	
Falls ja, welche, welche Klasse?	_____	
Ist Ihr Kind Brillenträger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nein, welche fehlen?	_____	
Traten bei Ihrem Kind sog. Kinderkrankheiten auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche und wann?	_____	
Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, warum und wo?	_____	
Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	_____	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche und Dosierung?	_____	
Hadte Ihr Kind schon eine Operation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, was und wann?	_____	
Leidet Ihr Kind unter Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wogegen?	_____	
Erhält Ihr Kind Therapien (z.B. Logotherapie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, seit wann und warum?	_____	

Zusatzfragen für Mädchen

Hast Du schon Deine Monatsblutung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, seit wann?	_____	
Nimmst Du die Pille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, seit wann und welche?	_____	

Zusatzfragen für Jugendliche

Rauchst Du?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wie viele Zigaretten am Tag?	_____	
Trinkst Du regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wie viel und was?	_____	
Treibst Du regelmäßig Sport neben Schulsport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, was?	_____	