

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 zu Schwangerschaft und Geburt

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? ja nein
Falls ja, welche: _____
Geburt
Gestationsalter: _____ SSW Geburtsart: _____
Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____
Kopfumfang: _____
Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden? ja nein
Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik/Neonatologie verlegt werden? ja nein
Falls ja, welche: _____
Warum? _____

Erste Lebenswochen

Mit welcher Nahrung wird Ihr Kind ernährt?
Muttermilch Pre-Nahrung HA-Nahrung andere _____
Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.?
Infektionen (Erreger: _____) Krampfanfälle
Ernährungsprobleme Schlafstörungen
vermehrtes Schreien andere _____

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:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____