

Liebe Patienten,

02/25

Wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und mit ihrem Kind in unsere Praxis kommen. Um eine gezielte und bessere Zusammenarbeit zu ermöglichen, haben wir hier noch einige Fragen an Sie.

Allgemeine Informationen über das Kind

Vor.- und Nachname _____ Geburtstag _____

Straße, Ort _____ Ort: _____

Telefon _____ Geschäft: _____ Mobil: _____

E-Mail (Eltern) _____ Krankenkasse _____

Geschwister _____

Eltern: verheiratet unverheiratet zusammenlebend alleinerziehend

Beruf der Mutter _____ des Vaters _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail oder über **unsere Praxis-App** über Neuigkeiten (Impfungen/Vorsorgen etc.) informieren? Ja Nein

Mit Gruppenliste einverstanden? Ja Nein

Name der Krankenversicherung: _____

Vor.- und Nachname des Versicherten: _____ Versichertennummer: _____

Falls Adresse abweicht: Straße und PLZ: _____

Schwangerschaft und Geburt:

Zahl der vorausgegangenen Schwangerschaften: _____

Schwangerschaft: normal Probleme Welche? _____

o Größe / Gewicht / Kopfumfang _____ / _____ / _____

Anamnese:

Kindergarten: Ja Nein / Schule: _____ Klasse _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Hatte Ihr Kind; Unfälle? _____

Allergien? Welche? _____

(chronische-) Erkrankungen? _____

(Schul-)Probleme? _____

Bisherige Therapien? Logopädie Ergotherapie Krankengymnastik

Dauermedikamente? _____

Bisheriger Kinderarzt: _____ Nehmen Sie am Hausarztvertrag der AOK teil? Ja Nein

Ist Ihr Kind nach offizieller Empfehlung der Stiko geimpft? Ja Nein

Ist ihr Kind teilweise geimpft? Ja → welche Impfungen?: _____ Nein

.....
Datum, Unterschrift