



## Patientenfragebogen (Kinder)

**Liebe Eltern,**

herzlich willkommen in unserer Familienpraxis ! Um Ihr Kind optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie am Ende des Dokuments die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift .Vielen Dank !

### Persönliche Daten Ihres Kindes

Vorname(n): .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht: .....

Nationalität: .....

Telefon: .....

Mobiltelefon : .....

Versichertenstatus:

gesetzlich    privat    PostB / KVB

Sonstige:.....

Adresse (Wohnort, Strasse) :  
.....  
.....

### Erster Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname : .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

- ist Hauptversicherte(r)
- ist sorgeberechtigt
- ist leibliche(r) Mutter oder Vater
- .....

Telefon: .....

Mobiltelefon : .....

Email:.....

Adresse:    wie bei Kind

.....  
.....

Sonstige Hinweise :  
.....

### Zweiter Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname : .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

- ist Hauptversicherte(r)
- ist sorgeberechtigt
- ist leibliche(r) Mutter oder Vater
- .....

Telefon: .....

Mobiltelefon : .....

Email:.....

Adresse:    wie bei Kind

.....  
.....

Sonstige Hinweise :  
.....

## Die Familie betreffende Gesundheitsfragen

Gibt es in der leiblichen Familie (Eltern, Geschwister) Ihres Kindes folgende Krankheiten ?

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Tumorerkrankungen

- Blutungsneigung, Bluterkrankungen
- Nerven-/Gemütskrankheiten
- Tumorerkrankungen, Krebs
- vererbte Krankheiten

### 1. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder     leibliche Schwester

.....

Alter: ..... Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....  
.....  
.....

### 2. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder     leibliche Schwester

.....

Alter: ..... Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....  
.....  
.....

### 3. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder     leibliche Schwester

.....

Alter: ..... Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....  
.....  
.....

### 4. Geschwisterkind

- leiblicher Bruder     leibliche Schwester

.....

Alter: ..... Jahre

Vorname, Name

.....

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

.....  
.....  
.....

**Fragen zur Vorgeschichte und zur Gesundheit Ihres Kindes**

Körpergröße..... cm      Gewicht: ..... kg

**Schwangerschaftsverlauf**

- unauffällig
- mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:

.....  
 .....  
 .....

**Geburt**

Schwangerschaftswoche:.....

- unauffälliger Geburtsverlauf
- mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:

.....  
 .....  
 .....

- Spontangeburt
- eingeleitete Geburt
- Hausgeburt

**Bisherige Krankheiten**

- häufige Infektionskrankheiten
- häufige Bronchitis
- Lungenentzündung
- Herz-Kreislaufkrankungen, z.B. Herzfehler / Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Krankheiten des Bauches, der Bauchorgane, Nieren oder Geschlechtsorgane
- Krampfleiden, Epilepsie oder andere Nervenerkrankungen

- Krankheiten der Wirbelsäule, des Bewegungsapparates und der Gelenke (z.B. Arthrose, Skoliose, Rheuma)
- Psychische Erkrankungen
- Essprobleme / Gewichtsprobleme / besondere Ernährungsweisen:  
 .....
- Tumorerkrankungen / Krebs
- Sehstörungen / Schielen
- Ohrkrankheiten / Hörstörungen
- Behinderungen
- Allergien: .....
- Stoffwechselkrankheiten (Zuckererkrankung / Schilddrüse,...)
- Sonstige Krankheiten / nähere Angaben:  
 .....  
 .....  
 .....

- Bisherige Krankenhausaufenthalte / Operationen:  
 .....  
 .....  
 .....

**Bestehen aktuell Zeichen oder Hinweise für ansteckende Krankheiten bei Ihrem Kind ?**

(Beispiele: Durchfall, Fieber, Hautausschläge, Lausbefall, Würmer im Stuhl, Krätze, ....)

- Ja                       Nein

**Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein ?**

Bitte alle Medikamente mit der aktuellen Dosierung in die folgende Tabelle (ggfs. Zusatzblatt) eintragen.

Medikament (genaue Bezeichnung)	Seit wann	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	

**Impfungen:**

Welche Standard-Schutzimpfungen hat Ihr Kind erhalten ?

- Tetanus    Diphtherie    Hepatitis B    HiB    Polio    Keuchhusten / Pertussis  
 Pneumokokken    Rotaviren    Meningokokken    Masern/Mumps/Röteln    Windpocken

Konnten alle vorgesehenen Impfungen durchgeführt werden ?

- Ja         Nein         Weiß nicht / unsicher

**Vorsorgeuntersuchungen:**

Hat Ihr Kind an den empfohlenen Kinder-Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen ?

- Ja         Nein         Teilweise

Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung : .....

Bei (Ärztin /Arzt): .....

Gab es Auffälligkeiten / Feststellungen gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen ?

- Keine         Folgende:

.....

**Entwicklung**

Bitte geben Sie an, mit wie vielen Monaten Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte erreicht hat:

- Freies Sitzen** .....Monate    **Krabbeln** .....Monate    **freies Laufen** .....Monate  
**Zahnen** .....Monate    **erste Worte** .....Monate    **Fremdeln** .....Monate  
**tags trocken** .....Monate    **nachts trocken** .....Monate

**Befindet sich Ihr Kind zur Zeit auch anderweitig in Behandlung ? Wenn ja, wo ?**

(Ärzte, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, SPZ, Frühförderstelle)

.....

.....

**Wird Ihr Kind auch von anderen als den o.a. sorgeberechtigten Personen betreut ?**

- nein
- Familie: ..... Stunden / Tag
- Kindergarten / Hort : ..... Stunden / Tag
- Andere: ..... Stunden / Tag

**Schulbesuch - Schulart**

Klasse: .....

- Förderschule     Vorschule     Grundschule     Mittelschule     Gesamtschule
- Realschule     Gymnasium     Sonstige: .....

Kindergarten-/ Schulschwierigkeiten:     ja     nein     teilweise

Teilleistungsschwächen:  Lese- und/oder Schreibschwäche     Rechenschwäche

Welche: .....

**Hobbys / Freizeitaktivitäten / Suchtverhalten**

**Hobbys :** .....

**Haustier(e):** .....

**Vereine:** .....

**Konfession / Glaubensbesonderheiten:** .....

**Freunde:**     normale Kontakte     besonders viele     keine / besonders wenige

**Weitere Fragen zu Kindern ab Schulalter:**

	ja	nein
Regelmäßige Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen / Nikotin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum (z.B. Cannabis, Kokain,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Fernsehen / Computerspielen / Handygebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Probleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Platz für weitere Hinweise, die Sie uns geben möchten:**

.....  
 .....

**Datum** ..... **Ihre Unterschrift** .....

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter !  
 Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe -

**Ihr Praxisteam - Familienpraxis Karlstein**