

Kinder- und Jugendarztpraxis Barsinghausen

Kinderpneumologische Schwerpunktpraxis
Marktstr. 11 30890 Barsinghausen

Telefon 05105 3979
www.kinderaerzte-im-netz.de/heiming

Fax 05105 601442
heiming-praxis@telemed.de



Liebe Eltern und Kinder!

Herzlich Willkommen in unserer kinder- und jugendärztlichen Praxis. Sie sind heute das erste Mal bei uns. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Anliegen unterhalten können, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. med. Karin Heiming
Kinder- und Jugendärztin

Dr. med. Ralf Heiming
Kinder- und Jugendarzt
Kinderpneumologie
Asthmatrainer AGAS

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefonnummer privat: _____ dienstl.: _____

im Notfall zu erreichen: _____

Mutter: _____ geb. _____

Vater: _____ geb. _____

sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater andere

besondere Familiensituation: (allein erziehend, schwere Krankheit eines Familienmitglieds, Umzug, Trennung, Tod)

keine _____

Geschwister: Name, Alter, Besonderheiten

keine _____

Betreuung durch: Eltern Großeltern Tagesmutter

Krippe Kindergarten _____

Schule _____ Klasse _____

Was ist der Grund aktuellen Vorstellung: _____

Durchgemachte Erkrankungen:



Operationen: nein ja

welche: _____

Krankenhausaufenthalte: nein ja wo und wann: _____

Allergien: nein ja

wenn ja: welche? wo und durch wen diagnostiziert?

Impfpass liegt vor: ja nein Impfstatus vollständig

Vorsorgeheft liegt vor: ja nein

Folgende Vorsorgen sind durchgeführt worden: U2 U3 U4 U5 U6
U7 U7a U8 U9
U10 U11 J1 J2

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? nein ja

wenn ja: welche und in welcher Dosierung? _____

Hat Ihr Kind Schlafprobleme? beim Einschlafen beim Durchschlafen nein

weitere behandelnden Ärzte: _____

Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja: welcher Art? _____

Gab es Komplikationen während der Geburt: nein ja

Wenn ja: welcher Art? _____

Geburt: _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsweg: spontan Kaiserschnitt Saugglocke Beckenendlage

Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

APGAR: ____ / ____ / ____

Entwicklung:

Krabbeln: ____ Monate Freies Sitzen: ____ Monate

Freies Laufen: ____ Monate Erste Worte: ____ Monate

Familiensprache: deutsch türkisch/kurdisch polnisch
 russisch arabisch andere



Ernährung:

Wurde oder wird Ihr Kind gestillt? ja, ____ Monate nein

Spezialnahrung/Diät? nein ja _____

Gibt es Streit oder Sorge wegen dem Essen? nein ja

Wenn ja: welcher Art: _____

Hat Ihr Kind häufig Durchfall oder Verstopfung ?

Familienanamnese:

Erkrankungen in der Familie, wenn ja: wer ist betroffen?

Asthma _____

Neurodermitis _____

Heuschnupfen _____

Diabetes _____

Schilddrüsenerkrankung _____

andere _____

Haustiere: nein ja

Wenn ja , welche _____

Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas mitteilen? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____