

Liebe Eltern,  
dieser Fragebogen hilft uns in der knapp bemessenen Zeit ihr Kind schon bei Neuaufnahme näher kennenzulernen.  
Bitte bringen sie zusätzlich Ihnen zur Verfügung stehende Arztberichte und Befunde, sowie das gelbe Heft und den  
Impfpass, sowie die gültige Chipkarte zum Termin mit.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

ggf vorheriger Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

<b><u>Angaben zum Kind</u></b>	
<b><u>Wohnanschrift</u></b>	Staatsangehörigkeit:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____
Sorgeberechtigter: <input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____
<b><u>Schwangerschafts-/Geburtsanamnese</u></b>	
Geburt per: <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange In der : <input type="checkbox"/> SSW
Geburtsklinik:	Hebamme:
Geburtsgewicht:	Besonderheiten:
Geburtslänge:	Nahrung:
Kopfumfang:	Ernährungsprobleme:
Infektionen:	Krämpfe:
Vermehrtes Schreien:	Schlafstörungen:
SS-Probleme:	SS-Medikamente:

Kitabesuch seit:	Kita:
Schulbesuch seit:                      Klasse.:	Schule:
Probleme in Kita / Schule?:	
Ist ihr Kind Brillenträger?:	
Werden andere Hilfsmittel benötigt?:	
Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?: Sind Allergietests erfolgt?	
Allergiesaison?: Allergiesymptome?:	
Traten sog. Kinderkrankheiten auf? Welche?:	
Bestehen chron. Erkrankungen?:	

Bestehen <b>chron. Erkrankungen</b> bei Familienangehörigen?:	
Besondere Familiensituation?:	
Wurden Operationen durchgeführt? Welche?:	
Bisherige stationäre Aufenthalte? Warum? Wo?:	
Andere fachärztl. Mitbetreuung erfolgt/e durch:	
Regelmäß. Medikamenteneinnahme? Welche?: Ggf Dosierung / Medikationsplan:	
Bestehen /bestanden <b>Entwicklungsverzögerungen</b> ?:	
Hat ihr Kind speziell. Therapien erhalten?:	<input type="checkbox"/> Logo <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> Psychotherapie
Besteht Sonderförderbedarf?:	<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> _____
SPZ -Anbindung?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo?:
Bekannte Verhaltensauffälligkeiten?:	
Wurden alle nach STIKO empfohlenen <b>Impfungen</b> durchgeführt?:	
Möchten sie die fehlenden Impfungen nachholen?:	
Gab es bisher Impfkomplicationen?:	
Bestehen Kontraindikationen gegen Impfungen?:	
Besondere Ernährungsgewohnheiten?:	
Besondere wiederholte <b>Beschwerden</b> ?:	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenk/Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Hautprobleme ( _____ ) <input type="checkbox"/> Angstzustände ( _____ ) <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> blutige Stühle <input type="checkbox"/> _____
<b>Für Jugendliche:</b> rauchst du? Wieviel?: Alkoholkonsum? Wieviel?: Treibst du regelmäßig Sport? Welchen?: Andere Hobbys?:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Raum für wichtige Ergänzungen:	

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_