



Liebe Eltern,

wir freuen uns mit Ihnen über die Geburt Ihres Kindes und senden Ihnen herzliche Glückwünsche.

Gerne möchten wir Sie und Ihr Kind näher kennenlernen. Daher bitten wir Sie zur Vorbereitung der Vorsorgeuntersuchung um die Beantwortung folgender Fragen.

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: ____:____:_____ Geburtsort (Klinik): _____

Adresse: _____

Mutter: _____ geb.: ____:____:_____

Tel.: _____ mobil: _____ / _____

Vater: _____ geb.: ____:____:_____

Tel.: _____ mobil: _____ / _____

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater Andere

Besondere Familiensituation (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, Tod):

Geschwister:

Name: _____ m w Alter: _____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: _____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: _____ Besonderheiten: _____

Name: _____ m w Alter: _____ Besonderheiten: _____

Familiensprache (hauptsächlich zuhause gesprochene Sprache):

Deutsch andere Sprache _____

Chronische oder schwere Erkrankungen in der Familie:

Wenn ja, wer ist betroffen (Oma, Onkel, usw. väterlicher- oder mütterlicherseits):

- Asthma: _____
- Heuschnupfen/Allergien: _____
- Neurodermitis: _____
- Hüfterkrankungen: _____
- Diabetes/Schilddrüse: _____
- Herz/Bluthochdruck: _____
- Nierenerkrankungen: _____
- Infektionskrankheiten:
(z.B. Hepatitis) _____
- Weitere Erkrankungen: _____

Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja, welche ? _____

Wurde bei Ihnen ein Abstrich auf B – Streptokokken durchgeführt? nein ja

Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja

Wenn ja, welche ? _____

Schwangerschaftswoche _____ SSW errechneter Termin: _____._____._____

Geburtsweg: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke Apgarwerte: ____/____/____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja

Wenn ja, welche ? _____

Wurde ihr Kind wegen Neugeborenenengelbsucht behandelt? nein ja

Wurde ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt? nein ja

Werden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? ja nein



Habe Sie zusätzliche Unterstützung zu Hause? ja nein

Ernährung:

Wird Ihr Kind gestillt? ja nein wie oft am Tag _____

Gibt es aktuell Probleme beim Stillen? nein ja

Welche Anfangsmilch bekommt Ihr Kind? _____ wie oft am Tag _____

Bekommt Ihr Kind Vitamin D und Fluorid? ja nein

Vigantolette Vigantol Öl D- Fluorette

Haben Sie zur Zeit Angst oder Sorge bezüglich des Zustandes oder der Entwicklung Ihres Kindes?
nein ja

Dürfen wir Sie in Zukunft an die Vorsorgetermine und Impfungen erinnern?

ja nein wenn ja, per Email per Telefon

Bitte bringen Sie zu der ersten Vorstellung Ihren Mutterpass und das gelbe Untersuchungsheft Ihres Kindes mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Wir freuen uns Sie und Ihr Neugeborenes kinderärztlich betreuen zu dürfen.

Dr. med. Stephanie Schenk

Marc Oliver Baur

Ausgefüllt am: _____. _____. _____ Mutter Vater andere

Unterschrift