

Fragebogen zur Erstanmeldung

Kind

Name : _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Versicherung: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Geschwister: _____
Erziehungsberechtigte/r: _____ Versichert über: _____

Mutter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Vater

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Behandelnder Kinderarzt: _____

Behandlungswunsch: _____

Ist bei Ihrem Kind schon mal folgendes festgestellt worden:

- Eine Herzerkrankung? - Ja, welche: _____ Nein
- Eine Stoffwechselerkrankung? - Ja, welche: _____ Nein
- Allergien? - Ja, welche: _____ Nein
- Psychische Erkrankungen? - Ja, welche: _____ Nein
- Motorische Erkrankungen? - Ja, welche: _____ Nein
- Sonstige Erkrankungen - Ja, welche: _____ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja, welche: _____ Nein

Nimmt oder nahm ihr Kind einen Schnuller? Wie lange?

Nimmt oder nahm Ihr Kind die Flasche? Was war deren Inhalt? Wie lange ?Auch nachts?

Was trinkt Ihr Kind vorzugsweise zum Durst löschen?

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

