



## Eltern (oder Erziehungsberechtigte):

<b>Vorname:</b>	<b>Name:</b>
<b>Titel:</b>	<b>Geb. Dat.:</b>
Telefonnummern:	Privat:
	Mobil:
	Dienstlich:
E-Mail-Adresse:	
Anzahl Kinder:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> sonstiges	
Beruf:	Arbeitgeber:
Kinderarzt:	
Hausarzt:	
Krankenversicherung:	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/> über Homepage <input type="checkbox"/> Internetsuche <input type="checkbox"/> auf Empfehlung von	

## Kind:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm      Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Wegen welcher Beschwerden kommt Ihr Kind zu uns?

---



---

Hat Ihr Kind Geschwister?

nein                       ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Wie alt sind die Geschwister?

---

**BITTE WENDEN → → →**



Gab es in der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme?

---

Nässt Ihr Kind nachts ein? Wenn ja, wie oft in der Woche?

---

Welche Allergien sind bei Ihrem Kind bekannt?

---

Welche Medikamente muss Ihr Kind derzeit einnehmen?

---

---

---

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind?

---

Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt?

---

An welchen Erkrankungen leidet bzw. litt Ihr Kind sonst?

---

Sonstige gesundheitliche oder sonstige Punkte, auf die Sie uns zusätzlich hinweisen möchten?

Schweinfurt, den

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift (Eltern/Erziehungsberechtigter)