

## Fragebogen zur Erstkonsultation für Kinder

Vorname: ..... Nachname.....

Geburtsdatum: ..... Krankenversicherung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

---

### Angaben zur Mutter:

Vorname: ..... Nachname.....

Telefon-Nr. privat: ..... Handy-Nr.: .....

Telefon-Nr. geschäftlich: ..... E-Mail :.....

Fehlgeburt(en): ..... Behandlung in „Kinderwunschklinik“? .....

Ereignisse während der Schwangerschaft ( z.B. Unfall, Schock) .....

.....

Übelkeit, Erbrechen, Medikamente, Komplikationen, Schwangerschafts-Diabetes, Hypertonie?.....

.....

Geburt: Kaiserschnitt / spontan      Komplikationen? .....

---

Größe: ..... cm                      ( Ihres Kindes )                      Gewicht: ..... kg

Derzeitige Beschwerden: .....

.....

.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Medikamente? .....

.....

Operationen, wann? (Altersangabe): .....

.....

.....

Unfälle, Verletzungen, Schock : .....

.....

.....

Narben (z.B. auch Nabelbruch) .....

Wurde Ihr Kind gestillt, Flaschennahrung? .....

Entzündungen ( z.B. Ohren, Mandeln, Blase etc.)

.....

.....

Pilzerkrankungen: .....

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung, Durchfall, Blähungen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Mag Ihr Kind vorwiegend Brot, Mehlspeisen, Nudeln, Pizza, Süßigkeiten? Ja  Nein

Isst Ihr Kind Obst und Gemüse? Ja  Nein

Was und wieviel trinkt Ihr Kind? .....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Impfungen (bitte Impfpass mitbringen).....  
.....  
.....

Klinikaufenthalte? (wann, wie lange).....

- |  |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Schläft Ihr Kind mit Nachtlicht?                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Radiowecker?                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie W-Lan zu Hause?                        | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Wasserschaden zu Hause?         | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es feuchte Stellen im Wohnbereich?          | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie ein Aquarium?                          | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es noch alte Wasserleitungen im Haus ?      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind Schlafprobleme?                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Leidet Ihr Kind unter geschwollenen Lymphdrüsen? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind oft Bauchschmerzen?                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Neigt Ihr Kind zu Milchschorf?                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen (z.B. Ekzem, Furunkel etc,      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Haustiere ? ( Welche?) .....

Hat Ihr Kind Antibiotika eingenommen ? (Wie oft, wie lange) .....

Hat Ihr Kind Kortisonpräparate eingenommen? (Wie oft, wie lange?).....