

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihr Kind ist krank und braucht besondere Hilfe. Wir werden uns schnellstmöglich um den jungen Patienten kümmern. Um Arbeitsabläufe zu vereinfachen, möchten wir Sie bitten, vorbereitend diesen Fragebogen - so gut Sie können - auszufüllen. Bei Schwierigkeiten helfen wir Ihnen gerne im folgenden Gespräch.
Vielen Dank!

Patientenname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männl. weibl.

Fragen zur Familie

Vater

Geburtsjahr: _____

Mutter

Geburtsjahr: _____

Familienstand der Eltern: verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt lebend

Wer hat das Sorgerecht des Kindes? Vater Mutter beide
 andere _____

Verwandtenehe? Ja Nein

Sind Erbkrankheiten/chronische Erkrankungen (z.B. Krampfleiden, Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheiten, Herzerkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Asthma) in der engeren Familie bekannt?

Nein Ja, welche _____

Gibt es Allergien in der Familie? Nein Ja, welche _____

Wird in Ihrem Haushalt geraucht? Nein Ja

Gehört Ihre Familie einer Religionsgemeinschaft an?

Nein Ja, welcher _____

Fragen zu Geburt und Schwangerschaft des Patienten

leibliches Kind Adoptivkind Pflegekind

Geburtsklinik: _____

Art der Geburt: normal
 Saugglocke
 Zangengeburt
 Kaiserschnitt

Zeitpunkt:

- zum Termin
 zu früh um _____ Wochen
 zu spät um _____ Tage
- Mehrlinge (ja) _____

Geburtsgewicht: _____ g
Geburtslänge: _____ cm
Kopfumfang: _____ cm
Apgar-Werte: __ / __ / __

Komplikationen während der Geburt: Nein Ja (welche) _____

Gab es Besonderheiten in den ersten 4 Lebenswochen?:

- Nein Ja (welche) _____

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft:

- Nein Ja(welche) _____
 Medikamente: _____
 Alkohol: _____
 Rauchen: __ Zigaretten pro Tag

Fragen zur Ernährung/Medikamenteneinnahme

Wurde Ihr Kind gestillt?

- vollgestillt bis __ Lebenswoche
 teilgestillt bis __ Lebenswoche
 nicht gestillt

Wenn Ihr Kind jünger als 1 Jahr ist, geben Sie bitte Zeitpunkt, Menge und Art der Mahlzeit an:

Sind bei Ihrem Kind Nahrungsunverträglichkeiten bekannt?

- Nein
 Ja, welche _____

Ist bei Ihrem Kind eine Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit bekannt?

- Nein
 Ja, welche _____

Waren Sie im letzten Jahr im Ausland?

- Nein
 Ja, wo _____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? Nein Ja

Name des Medikamentes:	Dosierung:	Seit wann:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erhält oder erhielt Ihr Kind D-Fluoretten/Vigantoletten?

- Nein
 Ja, regelmäßig in den ersten beiden Lebensjahren
 Ja, unregelmäßig

Fragen zu Impfungen/Vorerkrankungen:

Bitte legen Sie uns heute oder sobald möglich den Impfpaß Ihres Kindes vor!

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?

-Masern -Mumps -Röteln Windpocken -Keuchhusten -Lungenentzündung
Harnwegsinfektion -Halsentzündungen -Ohrenentzündungen

War Ihr Kind bereits im Krankenhaus?

- Nein
 Ja; wo/wann/weswegen _____

Wurde Ihr Kind schon operiert?

- Nein
 Ja; aus welchem Grund? _____

Erhielt Ihr Kind bereits eine Bluttransfusion?

- Nein
 Ja; wo/wann _____

Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt?

- Nein
 Ja; was/wie oft _____

Ist Ihnen eine ansteckende Erkrankung in der Umgebung Ihres Kindes (Familie, Freunde, Kindergarten, Schule) bekannt?

- Nein
 Ja; welche _____

Fragen zur Entwicklung und Betreuung Ihres Kindes:

Unser Kind hat sich im Vergleich zu Gleichaltrigen normal entwickelt:

- Ja
- Nein

Freies Sitzen im Alter von _____Monaten
Freies Laufen im Alter von _____Monaten
Erste Worte im Alter von _____Monaten

Unser Kind besucht(e) die Krippe/ Kindergarten im Alter von ___ bis ___Jahre.
 ging/geht nicht zur Krippe/Kindergarten
 geht zur Schule und besucht die __ Klasse der Grund-/ Haupt-/ Real
schule/Gymnasium/andere: _____

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Unser Kind lebt

- in unserem gemeinsamen Haushalt
- bei Vater
- bei Mutter
- bei _____ und wird vorwiegend von _____betreut.

Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen zufrieden? Ja
 Nein, weil _____

Mainz, den

Unterschrift