



Liebe Eltern,

mit dem folgenden Fragebogen möchten wir Sie und Ihr Kind näher kennenlernen. Die Antworten auf die Fragen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich streng der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben das Recht, diese Daten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals einzusehen, um diese ändern oder auch löschen zu lassen - sofern keine anderen rechtlichen Regelungen dem entgegenstehen.

Danke für Ihre Mitarbeit.

**Angaben zum Kind**

Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ In: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Ort, Bundesland: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Beiden Eltern oder bei  \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter:  Beide Eltern  Mutter  Vater  anderer: \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Familie**

Mutter Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig  ja  nein Wenn ja, als \_\_\_\_\_

ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Vater Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig  ja  nein Wenn ja, als \_\_\_\_\_

ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Erziehen sie Ihr(e) Kind(er)  zusammen  alleine als Mutter  alleine als Vater  als \_\_\_\_\_

<b>Angaben zu Geschwistern</b>		
Name und Vorname:	Geboren am:	Besondere Probleme oder Krankheiten:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<b>Angaben zu Wohnverhältnissen</b>	
Art des Hauses: _____	Stockwerk _____
Zahl der Zimmer: _____, inklusive <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche	Zahl der Kinderzimmer _____
<input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Balkon	Lage: <input type="checkbox"/> dörflich / ländlich <input type="checkbox"/> kleinstädtisch <input type="checkbox"/> großstädtisch

<b>Angaben zu Schwangerschaft und Geburt</b>	
Schwangerschaft	Gabe es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche: _____ _____
Geburt	Gestationsalter _____ SSW      Geburtsart _____ Geburtsgewicht _____ g, Länge _____ cm, Kopfumfang _____ cm Hat Ihr Kind sofort geschrien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja APGAR-Werte _____ / _____ / _____      NapH-Wert _____ Hörtest ( <input type="checkbox"/> TOAE <input type="checkbox"/> AABR) auffällig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      NG-Screening auffällig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Musste Ihr Kind nach Geburt besonders betreut werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, in welche? _____
Erste Lebenswochen	Mit welcher Nahrung wird / wurde Ihr Kind in den ersten 4 – 6 Lebensmonaten ernährt? <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Pre-Nahrung <input type="checkbox"/> „1er“-Nahrung <input type="checkbox"/> HA-Nahrung <input type="checkbox"/> sonstiges _____ Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.: <input type="checkbox"/> Infektionen (Erreger: _____) <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> vermehrtes Schreien <input type="checkbox"/> sonstige _____

Ausgefüllt von  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_