



Erstvorstellung eines neuen Patienten

Liebe Kinder, Jugendliche und Eltern!

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis. Um eine bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können, ist es uns wichtig, eine genaue Übersicht über die bisherige Entwicklung unserer Patienten zu erhalten. Wir bitten Sie deshalb, sich etwas Zeit für die folgenden Fragen zu nehmen.

Bringen Sie bitte zum Vorstellungstermin das gelbe Heft, wichtige Vorbefunde und den Impfpass mit.

Vielen Dank.

Ihr Praxisteam!

Name, Vorname Patient

Geburtsdatum

Bitte kreuzen sie Zutreffendes an oder ergänzen sie die Aussage.

Schwangerschaft/Geburt:

SS normal, Kind wurde zum Termin auf normalem Weg geboren

SS kompliziert durch:

Frühgeburt in der ____ SSW

Vakuumentraktion

Kaiserschnitt

Nach der Geburt war keine besondere Behandlung oder Überwachung notwendig

Nach der Geburt wurde das Kind behandelt wegen:

Vorsorgen

Der Kinderarzt hat Folgendes bei den Vorsorgen eingetragen / veranlasst:

U2

das Neugeborenencreening war unauffällig

Vitamin K wurde 3 x verabreicht

U3

ein Hörscreening (TOAE) wurde durchgeführt

Ergebnis:

ein Hüftultraschall wurde durchgeführt

Ergebnis:



U4

U5

U6

U7

U7a

U8

U9

U10

U11

J1

J2

Organerkrankungen

Mir sind **keine** Erkrankungen an Augen/Ohren/Herz/Lunge/Nieren oder sonstigen Organen bekannt

Mein Kind hat (bitte genaue Bezeichnung soweit bekannt):

einen Sehfehler:

einen Herzfehler:

eine Lungenerkrankung:

ein Krampfleiden:

eine Wirbelsäulenfehlstellung:

Sonstiges:

Allergische Erkrankungen

In der Familie sind

Allergien:

Pollen

Tierhaare

Nahrungsmittel

Hausstaubmilbe

sonstige:

allergische Erkrankungen:

Heuschnupfen

Asthma bronchiale

Neurodermitis

bekannt bei:

der Mutter

dem Vater

den Geschwistern

Diagnose Neurodermitis

im Alter von: _____

Diagnose Nahrungsmittelallergie

im Alter von: _____

Diagnose Asthma

im Alter von: _____



Bisherige Operationen

Bei meinem Kind wurden folgende Operationen (wenn möglich mit Jahresangabe) durchgeführt:

Krankenhausaufenthalte

Wann und warum war Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Bisherige Entwicklung

Mit der bisherigen Entwicklung unseres Kindes sind wir zufrieden

Es sind keine Besonderheiten aufgetreten

Unser Kind hat/hatte Probleme (bitte Schildern):

beim Lernen von: Sitzen Krabbeln Laufen Rennen

beim Sprechen lernen

mit der Aussprache folgender Wörter/Buchstaben:

mit feinmotorischen Aufgaben
(Malen/Puzzeln/Schneiden ..)

sich zu konzentrieren

bei Sonstigem:

Diagnostik

Wenn möglich bitte mit Datum (Jahr) und Ergebnis angeben:

	Datum	Ergebnis
Röntgenbilder		
Allergieuntersuchungen		
Hauttest (Prick)		
Bluttest (Rast/Cap)		
Nasale Provokation		
EEG (Ableitung der Hirnaktivität):		
EKG		
ECHO (Ultraschall des Herzens)		
Ultraschall		



Therapie

Folgende Therapien wurden von – bis durchgeführt:

Logotherapie /Sprachtherapie	
Ergotherapie	
Krankengymnastik	
Psychotherapie	
sonstiges	

Medikamente

An Medikamenten nimmt unser Kind ein: (bitte auch an Notfall- und Dauermedikamente z.B. bei Asthma oder Epilepsie denken)

1.

2.

3.

Familiensituation

Folgende Familienerkrankungen sind bekannt (z.B. Cholesterinerhöhung, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenerkrankungen ...)

Das Kind lebt mit seinen leiblichen Eltern zusammen, beide Eltern haben das Sorgerecht und sind verheiratet.

Andere Familienverhältnisse:

Es leben _____ Geschwister / _____ Halbgeschwister (bitte streichen) mit im Haushalt, Alter: _____

Die Mutter ist beruflich:

und arbeitet z. Zt von _____ Uhr bis _____ Uhr als:

Der Vater ist beruflich:

und arbeitet z. Zt von _____ Uhr bis _____ Uhr als:

Folgende bisher nicht genannte Dinge sind mir/uns bei der Behandlung unseres Kindes noch wichtig:

Ich habe folgende Fragen (gerne auch auf der Rückseite des Blattes).
