



Gemeinschaftspraxis
für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Christina Kronlage
Yvonne von der Twer

www.meinekinderärztinnen.de

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 Vakuumextraktion 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 NeugeborenenScreening 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).
