

PATIENTEN FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Eltern,

wir begrüßen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, im Interesse der Sicherheit Ihres Kindes diesen Fragebogen auszufüllen.
Sollten Sie beim Ausfüllen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Vor- und Zuname: Geburts-Datum:.....

Straße: PLZ, Ort:.....

Telefon: dienstlich: privat:.....

e-mail-Adresse:

Krankenversicherung: Hauptversicherter:.....

Geburts-Datum:.....

Name des Kinderarztes:..... Geburtsklinik:

Momentane Größe: Momentanes Gewicht:.....

1. Sind Ihnen vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

nein ja welche?

.....

2. Wegen welcher Krankheiten ist oder war Ihr Kind in Behandlung?

.....

3. Nennen Sie uns bitte Operationen, die früher bei Ihrem Kind durchgeführt wurden:

.....

4. Welche Röntgenaufnahmen sind bei Ihrem Kind in den letzten Jahren gemacht worden?

.....

5. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein:

.....

6. Hatte es schon einmal eine unerwünschte Reaktion nach Einnahme eines Medikamentes?

nein ja nach welchem?

.....

7. Leidet es an einer Allergie?

nein ja an welcher?

.....

13. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung des Kinderarztes
- eines anderen Arztes
- von Freunden, Bekannten, Familienangehörigen
- über das Internet
- sonstiges

Ich bin damit einverstanden, über neue Therapiemöglichkeiten und notwendige Kontrolltermine informiert zu werden. (ggf. bitte streichen)

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe