



**Fragebogen für die Erstanmeldung
Kinder bis 6 Jahre**

Seite 1/2

Kind:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Versicherung _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geschwister _____ Beruf d.Eltern _____

Erziehungsberechtigte/r _____

Mutter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Vater

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Behandlungswunsch _____

Kinderarzt _____

Hat Ihr Kind...

Allergien? 0 ja, welche _____ 0 nein

Eine Herzerkrankung? 0 ja, welche _____ 0 nein

Eine Stoffwechselerkrankung? 0 ja, welche _____ 0 nein

Eine psychische Erkrankung? 0 ja, welche _____ 0 nein

Eine motorische Störung? 0 ja, welche _____ 0 nein

Sonstige Erkrankungen? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

0 ja, welche: _____ 0 nein

Was trinkt Ihr Kind gerne zum Durst löschen?

Was isst Ihr Kind gerne?

Nimmt oder nahm Ihr Kind die Flasche? Wenn ja, wie lange? Mit welchem Inhalt? Auch nachts?



Nimmt oder nahm Ihr Kind einen Schnuller? Wenn ja, wie lange?

Wie haben Sie von uns erfahren?

Zahnarzt 0 _____ Zeitung 0 _____ Internet 0 _____

Kinderarzt 0 _____ TV/Kino 0 _____ Bekannte 0 _____

0 ja **Wünschen Sie eine Erinnerung für die jährliche Routineuntersuchung mittels einer Postkarte?**

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____