

Kind Name:..... Vorname..... geb.am..... Alter.....

Adresse:..... geb..SSW.....

e-mail:..... Tel.:..... mob:.....

Beschwerden u. seit wann:.....

Krankenhausaufenthalte.....

Operationen:.....

Medikamente, wofür und seit wann:.....

Hautprobleme (Soor, Neurodermitis o.ä.).....

Impfungen?.....

Verlauf der Schwangerschaft.....

Selbst gedreht ab:..... Gekrabbelt ab:.....

Schuljahr/ Schultyp.....

Ort und Verlauf der Geburt.....

Lage bei Geburt.....

Schlafbesonderheiten:.....

Allergien:.....

Zahn/Kieferbehandlung.....

Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt?.....

Kinderarzt/Hausarzt..... Tel.:.....

In Behandlung bei:..... Krankenversicherung.....

Was halten sie noch für wichtig?.....



Unfälle/ Stürze.....

Krankheiten.....

Kinderkrankheiten:.....

Geschwister?.....

Allergien.....

Stuhlgang (Auffälligkeiten, wie oft, Blähungen).....

motorische Auffälligkeiten.....

Trinkgewohnheiten, wie viel und was?.....

Nabelschnur/ Plazenta.....

War es möglich zu stillen?.....

Geb.Gewicht:.....Größe:.....cm,.....

APGAR.....PH.....Kopfumfang.....

Haut/Schweissbesonderheiten:.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:.....