



DR. MED. ANNE REIDEMEISTER
DR. MED. CLAUDIA ROLINCK-WERNINGHAUS

Berufsausübungsgemeinschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Potsdamer Str. 7-9 Tel. 03328-331 07 16
14513 Teltow Fax 03328-331 07 17
www.kinderarzt-teltow.de

Fragebogen zur Familie

Patienten-Name:

Telefon Festnetz:

Mobil:

Angeborene oder chronische Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern des Kindes. Sind genauere Angaben sinnvoll unter Bemerkungen eintragen

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern	Bemerkung
Geburtsdatum				x	
Größe (cm)			x	x	
Augenerkrankungen (u.a. Fehlsichtigkeit/ Brille schon im Kindesalter, Schielen)	☐	☐	☐	☐	
angeboren Hörstörung / Ohrfehlbildung	☐	☐	☐	☐	
Hüftdysplasie	☐	☐	☐	☐	
Fehlbildungen	☐	☐	☐	☐	
Neurodermitis	☐	☐	☐	☐	
Nahrungsmittelallergie	☐	☐	☐	☐	
Heuschnupfen	☐	☐	☐	☐	
Asthma	☐	☐	☐	☐	
Übergewicht	☐	☐	☐	☐	
Diabetes mellitus	☐	☐	☐	☐	
Blutfettstörung (Cholesterin / Triglyceride)	☐	☐	☐	☐	
Schilddrüsenfunktion	☐	☐	☐	☐	
Herzinfarkt	☐	☐	☐	☐	
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐	
Immundefekt	☐	☐	☐	☐	
Migräne	☐	☐	☐	☐	
ADHS	☐	☐	☐	☐	
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)	☐	☐	☐	☐	
sonstige Erkrankungen des Kindesalters (bei gravierenden Erkrankungen bitte weitere Verwandte angeben)	☐	☐	☐	☐	

Weitere hilfreiche Angaben für die Beratung (freiwillige Angaben)

Anzahl der Geschwister in Familie: _____

Ggf (Halb-)Geschwister außerhalb der Wohnung: _____

Eltern zusammenlebend ☐ ja ☐ nein

Sofern Eltern getrennt lebend, besteht das Sorgerecht ☐ gemeinsam ☐ alleinig ☐ (wer: _____)

Beruf Mutter: _____ (aktuell berufstätig? ☐ ja ☐ nein ☐ Elternzeit (bis wann geplant: _____)

Beruf Vater: _____ (aktuell berufstätig? ☐ ja ☐ nein ☐ Elternzeit (bis wann geplant: _____)

Raucher in Familie ? ☐ nein ☐ ja: Vater ☐ Mutter ☐

Erwähnenswerte Besonderheiten ? _____

WICHTIG

☐ Ich bin einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis mich/uns telefonisch für Rücksprachen bezüglich Terminen oder hierfür erforderlicher Informationen kontaktieren. Eine automatische Terminerinnerung / Recall findet nicht statt.

Name (Elternteil): _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !