



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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angeboren Hörstörung / Ohrfehlbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutfettstörung (Cholesterin / Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immundefekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Erkrankungen des Kindesalters (bei gravierenden Erkrankungen bitte weitere Verwandte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 !