



Elternfragebogen zur Erstvorstellung – U2/U3

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis in Mutzschen. Sie möchten ihr Kind bei uns vorstellen und betreuen lassen. Damit wir uns ein vollumfängliches Bild über die bisherige Gesundheit und die familiäre Situation machen können, bitten wir Sie uns einige Fragen zu beantworten. Die Antworten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen die sie nicht beantworten wollen oder können lassen Sie bitte einfach aus. **Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte mit Chipkarte und U-Heft zum ersten Termin mit.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Personalien

Kind

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____ Religion: _____

Lebt bei: beiden Eltern Mutter Vater _____

Sorgerecht: beide Eltern Mutter Vater Vormund: _____

Versicherung: _____ Versichertennummer: _____

Versicherung über: Mutter Vater _____

Mutter

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift siehe Kind Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____ Religion: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____ leibliches Kind Pflege-/Adoptivkind

Muttersprache/Herkunftsland/Sonstiges: _____

Elternfragebogen zur Erstvorstellung – Stand März 2022

Vater

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift siehe Kind Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____ Religion: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____ leibliches Kind Pflege-/Adoptivkind

Muttersprache/Herkunftsland/Sonstiges: _____

Körpergröße Mutter: _____ cm Körpergröße Vater: _____ cm

Geschwister (Name, Alter, Besonderheiten):

Erkrankungen in der Familie

Erkrankung	Nein	Ja	Wenn ja bei wem und was genau?
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gendefekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten (künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsdiabetes, Plazentainsuffizienz, Infektionen etc.)?

Geburt: in der _____ SSW spontan Kaiserschnitt Sauglocke

Geburtsgewicht: _____ g Länge _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Elternfragebogen zur Erstvorstellung – Stand März 2022

Gab es unter oder direkt nach der Geburt Probleme bei Mutter oder Kind oder gab es Besonderheiten des Geburtsverlaufs?

- schlechte Herztöne besonders schnelle Geburt sehr lange Geburt Sternengucker
- Beckenendlage schlechte Anpassung des Kindes starke Blutung der Mutter
- Neugeboreneninfektion Gelbsucht Lampenbehandlung
- Sonstiges: _____

Welche Hebamme betreut Sie? _____

Wo haben Sie entbunden? _____

Welche Untersuchungen/Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

- Feindiagnostik in der Schwangerschaft Überwachung nach der Geburt
- Hüftultraschall Nierenultraschall
- Hörscreening Hörscreening Termin vereinbart
- Neugeborenen-/Mukoviszidosescreening erfolgt Vitamin-K-Gabe erfolgt
- Sonstiges: _____

Ernährung

- Voll gestillt Teilgestillt Flaschennahrung

Bei gestillten Kindern:

Wie häufig kommt ihr Kind zum Stillen und in welchen zeitlichen Abständen?

Liegt ein Stillhindernis vor oder benötigen sie Hilfsmittel zum Stillen? Gibt es Probleme beim Anlegen?

Bei Flaschenernährten Kindern/ beim Zufüttern:

Welche Nahrung füttern Sie? _____

Wie viele Flaschen und welche Menge geben Sie? _____

Wie lange schläft ihr Kind nachts? _____

Elternfragebogen zur Erstvorstellung – Stand März 2022

Ich mache mir Sorgen über:

vermehrtes Spucken Schreiattacken länger als 2 Stunden täglich

Sonstiges: _____

Ich wünsche mir von der Kinderarztpraxis: _____

Erstinformation Impfungen

Um die Gesundheit Ihres Kindes bestmöglich zu schützen, impfen wir in unserer Kinderarztpraxis nach dem sächsischen Impfkalender (SIKO). Wir starten regulär mit der Schluckimpfung gegen Rotaviren im Alter von 6 Wochen. Bei der U4 werden die ersten beiden Impfungen mittels Injektion in den Oberschenkel begonnen. Wir klären bei der U3 ausführlich über Impfungen auf. Wenn sie vom sächsischen Impfkalender abweichen wollen, dann finden wir gemeinsam eine Lösung. Wenn Sie Bedenken haben ob ihr Kind überhaupt geimpft werden kann/sollte, werden wir diese besprechen und im besten Fall ausräumen.



Informationen zu den Sächsischen Impfempfehlungen und häufig gestellte Fragen finden Sie auf der Seite des Freistaats Sachsen (QR-Link).

- Ich wünsche alle Impfungen nach Empfehlung der SIKO.
- Ich wünsche alle Impfungen nach Empfehlung der SIKO, habe aber Rückfragen.
- Ich bin noch sehr unsicher ob ich mein Kind impfen lassen soll.
- Ich möchte vom Sächsischen Impfkalender abweichen.
- Ich möchte mein Kind nicht impfen lassen.
- Ich habe mir noch keine Gedanken zum Thema Impfen gemacht.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift