

Angaben für die Ärztin, den Arzt

Kind		Vater		Mutter	
Name		Name		Name	
Vorname		Vorname		Vorname	
Geb.Datum	Geb.Ort	Geb.Dat.		Geb.Dat.	
Straße, Ort		Telefon: <input type="checkbox"/> siehe Kind		Telefon: <input type="checkbox"/> siehe Kind	

Familienstand der Eltern des Kindes
 verheiratet nicht verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Geschwister des Kindes (Geschlecht und Geburtsjahr)

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

Kinderarzt	Name des Kindergartens seit(Monat/Jahr)	Name der Schule
-------------------	--	------------------------

Krankheiten bei Eltern oder Geschwisterkindern:

<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien	<input type="checkbox"/> Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> Sehstörung/Brille	<input type="checkbox"/> Hörminderung
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Behinderungen	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Epilepsie

Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft

Normalgeburt Gewicht..... g Größe cm

Frühgeburt Saugglocke/Zange Kaiserschnitt Zwillingsgeburt

angeborener Körperfehler

Entwicklung des Kindes (ungefähre Angaben)

Sitzen mit Monaten Frei laufen mit Monaten Worte sprechen mit Monaten

Kleine Sätze mit Jahren tags sauber mit Jahren, nachts sauber mit Jahren

Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr

Gedeihstörungen Schreikind Milchschorf/Ekzem Spreizhöschen Sonstiges.....

Überstandene Krankheiten (mit Angabe des Jahres)

<input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (z.B. Masern, Mumps, Keuchhusten, Scharlach	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung <input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung
<input type="checkbox"/> Nieren- oder Blasenkrankung <input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Sonstiges.....

Gesundheitsstörungen und Besonderheiten

<input type="checkbox"/> Sehstörung, Brille seit	<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Mundatmung
<input type="checkbox"/> häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/> häufige Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> häufiger Husten	<input type="checkbox"/> spastische Bronchitis
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden
<input type="checkbox"/> Schwindelanfälle mit Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Einkoten
<input type="checkbox"/> starke Unruhe	<input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	
<input type="checkbox"/> Krämpfe mit Bewusstseinsstörung			

Therapien (mit Zeitangabe)

Frühförderung seit..... Krankengymnastik seit..... Ergotherapie seit.....

Logopädie seit.....

Verhaltenstherapie Psychotherapie Sonstiges

Aktuelle Medikamente (mit Dosis).....

Krankenhausaufenthalte (möglichst mit Angabe des Jahres).....

Operationen..... **Unfälle**.....

Sonstige Angaben (z.B. andere Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Heimaufenthalte)

.....

.....

rechtshändig linkshändig.

zweisprachige Erziehung: Deutsch und