



Befundbogen Kind

Patient

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Alter _____

Adresse: _____

e-mail: _____ Tel. mobil: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____ Versicherung: _____

Hobbys/ Sport: _____

Beschwerden

Beschwerden u. seit wann:

Unfälle/ Stürze:

Krankenhausaufenthalte / Operationen:

Medikamente, wofür und seit wann: _____

Kinderkrankheiten/Krankheiten: (Häufung von Bronchitis, Lungenentz., Mittelohrentz...)

Familiäre Krankheiten: _____

Geschwister: _____

Impfungen: _____

Schlafbesonderheiten: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten/ Hautprobleme: _____

Zahn/Kieferbehandlungen: _____

Motorische Auffälligkeiten: _____

Trinkgewohnheiten: _____

Schwangerschaft Geburt und Entwicklung

Verlauf der Schwangerschaft: _____

_____ Geburt in SSW: _____

Ort und Verlauf und Lage bei der Geburt: _____

Lage bei Geburt Entwicklung erste Lebensjahre (Krabbeln, Laufen, Radfahren):

Größe: _____ Gewicht: _____ APGAR: _____ Bes.: _____

War es möglich zu Stillen: _____

Schuljahr/ Schultyp: _____

Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt: _____

Was halten sie noch für wichtig: _____

Bitte füllen Sie den Bogen soweit möglich zuhause aus, und bringen ihn mit dem gelben Heft zum 1. Termin mit