Liebe Eltern,

Sie haben einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes in der Praxis vereinbart. Um mich auf die erste Vorstellung Ihres Kindes vorbereiten zu können, bitte ich Sie mir vorab einige Fragen zur Vorgeschichte und dem bisherigen Verlauf zu beantworten. Wenn Sie Fragen nicht beantworten möchten oder können, ist dies selbstverständlich kein Problem! Bitte lassen Sie mir den Bogen einige Tage vor dem Termin (gerne auch per mail: info@kinderarztschiffmann.com) zukommen. Ich freue mich auf unser baldiges Kennenlernen.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Holger Schiffmann

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Allgemeine Angaben |  |  |  |  |  |
| Name des Kindes |  |  | Vorname |  |  |
| Geburtstag  |  |  |  |  |  |
| Geburtsklinik |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mutter |  |  Vater |  |  |
| Name, Vorname |  |  |  |  |  |
| Geburtstag |  |  |  |  |  |
| Beruf |  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber |  |  |  |  |  |
| Tätigkeit | Ganztags/Halbtags |  | Ganztags/Halbtags |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mutter |  |  Vater |  |  |
| Telefon / E-mail |  |  |  |  |  |
| Sorgeberechtigte | □ | □ Beide | □ |  |  |
| Kind lebt bei | □  |  | □ |  |  |
| ZuweisenderArzt (Anschrift, Tel.) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorstellungsgründe |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Weshalb möchten SieIhr Kind vorstellen? |  |  |  |  |
| Sehen Sie in einem | □ Körperbeherrschung | □ Sehen | □ Anfälle | □ Ernährung |
| der Punkte ein | □ Sprachentwicklung | □ Hören | □ Schlafverhalten | □ Sonstiges |
| Problem? | □ Aufmerksamkeit | □ Intelligenz | □ Erziehung | □ |
|  | □ Verhalten | □ Schulleistungen | □ Umgang und Spiel mit anderen Kindern |  |
|  |  |  |  |  |
| Können Sie dasProblem genauer Beschreiben? |  |  |  |  |
| Welche Hilfe erwarten Sie? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fragen zurVorgeschichte | Mutter |  |  | Vater |  |
| Anzahl Schwangerschaften |  |  |  |  |  |
| Haben Sie geraucht? | □ ja | □ nein |  | □ ja | □ nein |
| Medikamenteneinnahme? | □ ja | □ nein |  | □ ja | □ nein |
| Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| Gab es in der SchwangerschaftUltraschallauffälligkeiten? |  |  |  |  |  |
| Gab es in der Schwanger- | □ Blutungen |  | □ Bluthochdruck |  |  |
| schaft besondere  | □ drohende Fehl-/ Frühgeburt |  | □ EPH-Gestose |  |  |
| Belastungen? | □ Infektionen |  | □ Präklampsie |  |  |
|  | □ Diabetes |  | □ Operationen |  |  |
|  | □ Sonstiges |  |  |  |  |
| Gibt es in der Familie besondere Erkrankungenoder sogar frühe Todesfälle? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fragen zur Geburt unddem Neugeborenen  |  |  |  |  |  |
| Geburt (Mutterpass, gelbes Vorsorgeheft) | Errechneter Termin | ……………………. | Tatsächlicher Termin | ……………… SSW |  |
|  | □ spontan | □ Kaiserschnitt geplant | □ Kaiserschnitt Notfall | □ Saugglocke | □Beckenendlage |
|  | APGAR-Werte | …... / ….. / …… | Nabelarterien-pH | …………………….. |  |
| Neugeborenes | Geburtsgewicht | ……………………. g | Länge …………….cm | Kopfumfang | …………………. cm |
| Besonderheiten ? | □ Trinkprobleme | □ Starke Gelbsucht | □ Erbrechen | □ Sauerstoff-mangel | □ Krampfanfälle |
|  | □ Sonstiges: |  |  |  |  |
|  | □ Verlegung in Kinderklinik | Welche ? |  |  |  |
| Ernährung | □ Muttermilch | Bis ……… Monate |  | □ Fläschen |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fragen zur Entwicklung  |  |  |  |  |  |
| Ab welchem Alter? | Lächeln |  | Sie anzublicken | Zu greifen…  |  |
| (Monate) | Sich zu drehen |  | Frei zu sitzen | Zu krabbeln |  |
|  | Frei zu gehen |  | Erste Wortezu sprechen | Kurze Sätzezu sprechen |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fragen zu Impfungen |  |  |  |  |  |
| Komplett gegen:  | □ Polio | □ Diphterie | □ Kinderlähmung | □ Keuchhusten | □ HIB Hämophilus |
|  | □ Hepatitis B | □ Rotaviren | □ Pneumokokken |  |  |
|  | □ Masern | □ Mumps  | □ Röteln | □ Windpocken |  |
|  | □ Meningitis C | □ Meningitis B | □ FSME Zecken |  |  |
|  | □ Gebärmutter-krebs | □ Sonstige |  |  |  |
| Wie stehen Sie zuImpfungen? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Muss Ihr Kind regel-mäßig Medikamenteeinnehmen? |  |  |  |  |  |
| Welche? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familie, Kindergarten,Schule |  |  |  |  |  |
| 1. Geschwister | Vorname | Alter | Schule | Besonderheiten |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| Sind die Eltern | □ verheiratet | □ getrennt | □ geschieden |  |  |
| Erziehen Sie allein? | □ als Mutter |  | □ als Vater |  |  |
| Besucht das Kind… | □ Krippe | □ Kindergarten | □ KiTa | □ Sonderkindergarten | □ Hort |
| Welche Schule ? | □ Grundschule | □ Mittelschule | □ Realschule | □ Gymnasium |  |
|  | □ Förderschule |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voruntersuchungen oder Behandlungen |  |  |  |  |  |
| ambulant | Arzt (Name, Anschrift) | Von wann bis wann |  | Grund der Vorstellung |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Klinik | Welche Klinik (Anschrift) | Von wann bis wann |  | Grund der Behandlung |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voruntersuchungen |  |  |  |  |  |
|  | □ EEG | □ Entwicklungstest | □ Hörtest | □ Ultraschall |  |
|  | □ Kernspintomographie |  | □ Andere  |  |  |

Falls Ihnen Arztberichte oder Befunde vorliegen, würde ich mich freuen, wenn Sie diese mitbringen.

**Vielen Dank für die Mühe beim Ausfüllen des Bogens!**