



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Patientenfragebogen

Wir freuen uns Sie bei uns begrüßen zu dürfen.
Wenden Sie sich mit Ihren Fragen jederzeit gerne an uns.

Nachfolgend bitten wir um die Beantwortung einiger Fragen, die uns einen ersten Überblick über die persönliche und gesundheitliche Situation Ihres Kindes erlauben.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin **diesen Fragebogen, das gelbe Untersuchungsheft und den Impfpass** mit. Sofern vorliegend bitte auch **Arzt-/Therapieberichte**.

Vielen Dank!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Stadt: _____

Teilen Sie uns bitte mit, falls das Sorgerecht bei nur einem Elternteil liegt.

Versicherungsstatus des Patienten/der Patientin:

Privatversichert Selbstzahler



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Damit wir Sie korrekt ansprechen können: **nur bei abweichenden Nachnamen**

Vorname, Nachname Mutter: _____

Vorname, Nachname Vater: _____

Ihr Vorstellungsgrund:

Wer ist/war der/die Kinderarzt/-ärztin Ihres Kindes:

Krankheiten/Diagnosen:

Regelmäßige Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel:



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Allergien:

Operationen (wann und wo?):

Bisherige Therapien:

Bitte um Angabe des Zeitraumes

keine

(Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychologe/in, Kinder- und Jugendpsychiater/in, etc.)

Homöopathische Therapien bisher?

nein

Ja

Wann und bei wem?



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Familiäre Krankheiten:

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großmutter (mütterl.):

Großvater (mütterl.):

Großmutter (väterl.):

Großvater (väterl.):

Schwangerschaft:

Besonderheiten/Medikamente in der Schwangerschaft:

Entbindung:

Wo? _____

Vaginal Sectio Saugglocke Zangengeburt Notsectio



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Medizinische Besonderheiten bei oder nach der Entbindung: ja nein

ja, welche:

Frühgeburt: ja nein

Besonderheiten in der Ernährung (vegan, vegetarisch, Unverträglichkeiten):

Bei Kita-Kindern:

Welche Kita besucht Ihr Kind? _____

Std/Woche: _____

Bei Schulkindern:

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Klasse: _____

Art der Betreuung: keine mittags ganztags



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Angaben!