

**Kind** Name:..... Vorname..... geb.am..... Alter.....  
Adresse:..... geb..SSW.....  
e-mail:..... Tel.:..... mob:.....

Beschwerden u. seit wann:.....

Krankenhausaufenthalte.....

Operationen:.....

Medikamente, wofür und seit wann:.....

Hautprobleme (Soor, Neurodermitis o.ä.).....

Impfungen?.....

Verlauf der Schwangerschaft.....

Gekrabbelt/ wann.....

Schuljahr/ Schultyp.....

Ort und Verlauf der Geburt.....

Lage bei Geburt.....

Schlafbesonderheiten:.....

Allergien:.....

Zahn/Kieferbehandlung.....

Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt?.....

Kinderarzt/Hausarzt.....

In Behandlung bei:.....

Was halten sie noch für wichtig?.....



Unfälle/ Stürze.....

Krankheiten.....

Kinderkrankheiten:.....

Geschwister?.....

Allergien.....

Stuhlgang (Auffälligkeiten, wie oft, Blähungen).....

motorische Auffälligkeiten.....

Trinkgewohnheiten, wie viel und was?.....

Nabelschnur/ Plazenta.....

War es möglich zu stillen?.....

Geb.Gewicht:..... Größe:..... cm,

APGAR..... PH..... Kopfumfang.....

Haut/Schweissbesonderheiten:.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:.....

Tel.:.....

Krankenversicherung.....