

Liebe Eltern,

bitte beantworten Sie die unten aufgeführten, die Gesundheit Ihres Kindes betreffenden Fragen gewissenhaft. Sollte der Raum für Eintragungen nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Rückseite dieses Formulars. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

Kinderarzt: _____ Eltern geteiltes Sorgerecht? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Arzt andere Person
Internetauftritt Zeitung Fernsehen Telefonbuch Praxisschild sonstiges: _____

Wegen welcher Beschwerden wird uns ihr Kind vorgestellt? _____

Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen (z.B. angeborener Herzfehler, Missbildung, Stoffwechselstörung, körperliche oder geistige Behinderung)? ja nein
Wenn ja, um welche Erkrankung(en) handelt es sich? _____

Kam Ihr Kind deutlich vor dem Geburtstermin zur Welt? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, bitte auflisten: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ja nein
Wenn ja, bitte OPs mit Jahr der OP auflisten: _____

Leidet Ihr Kind an Allergien gg. Pollen, Milben, Medikamente oder anderes? ja nein
Wenn ja, bitte auflisten: _____

Leidet Ihr Kind unter gehäuften Infekten? ja nein

Hat Ihr Kind Problemen, frei durch die Nase zu atmen? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Haben Sie öfter den Eindruck, Ihr Kind höre nicht gut? ja nein

Gibt/Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung? ja nein

Fragen zum Datenschutz:

Die HNO-Praxis darf Befundberichte/Arztbriefe an andere Ärzte senden. ja nein

Die HNO-Praxis darf Befunde über mein Kind bei anderen Ärzten anfordern. ja nein

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass ich vereinbarte, aber nicht benötigte Termine spätestens eine Stunde vor dem Termin z.B. telefonisch oder per eMail absagen muss.

Andernfalls kann mir der nicht genutzte Termin mit 25,- € in Rechnung gestellt werden.

Datum _____

Unterschrift _____