

INFORMATIONSBOGEN

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

INFORMATIONEN ZUM KIND/JUGENDLICHEN

Name, Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht:

Anschrift:

Telefon (für Rückfragen): bisherige Kinderarztpraxis:

SEHR GEEHRTE ELTERN, SORGEBERECHTIGTE UND BEZUGSPERSONEN,

Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, bitten wir Sie, uns vorab einige Informationen zu geben. Bitte bringen Sie zum ersten Termin das gelbe Untersuchungsheft, den Impfpass und vorhandene Arztbriefe mit.

WAS FÜHRT SIE ZU UNS? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- | | |
|---|--|
| ☐ Neuaufnahme / Praxiswechsel | ☐ Vorsorgeuntersuchung (U/J) |
| ☐ akute Erkrankung | ☐ Impfung / Impfberatung |
| ☐ chronische Erkrankung / Verlauf | ☐ Überweisung / Zweitmeinung |

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen bzw. die aktuellen Beschwerden:

WER IST AKTUELL SORGEBERECHTIGT FÜR DAS KIND? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- | | |
|--|---|
| ☐ zwei Sorgeberechtigte | ☐ Adoptiveltern |
| ☐ eine sorgeberechtigte Person | ☐ Vormund / gesetzliche Betreuung |
| ☐ Pflegeeltern | ☐ Jugendamt / Einrichtung |
| ☐ andere: | |



1. GAB ES IN DER SCHWANGERSCHAFT KOMPLIKATIONEN (Z.B. SCHWANGERSCHAFTS-DIABETES, BLUTHOCHDRUCK, INFESTIONEN, BLUTUNGEN, VORZEITIGE WEHEN)?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

2. GAB ES WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT SCHÄDIGENDE EINFLÜSSE (Z.B. RAUCHEN, ALKOHOL, DROGEN, MEDIKAMENTENEINNAHME)?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

3. ZUR GEBURT

Alter der Mutter
bei Entbindung

Jahre

Mehrlingsgeburt?

☐ nein ☐ ja

Entbindungsklinik:

errechneter Geburtstermin

Geburt in der

_____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

_____ g

Körperlänge _____ cm

Kopfumfang _____ cm

APGAR-Werte (falls bekannt)

_____ / _____ / _____

(siehe gelbes Heft, U1)

Geburtsverlauf

☐ spontan / natürlich

☐ geplanter Kaiserschnitt

☐ Not-Kaiserschnitt

☐ Saugglocke / Zange

☐ Beckenendlage

☐ Nabelschnurumschlingung

☐ Sauerstoffmangel

☐ Sonstiges: _____

4. NEUGEBORENEZEIT

Verlegung in eine Kinderklinik / auf eine Intensivstation?

☐ nein ☐ ja

Neugeborenenengelbsucht mit Lichttherapie?

☐ nein ☐ ja

Auffälliges Neugeborenen-Screening (Stoffwechsel/Blut)?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

Auffälliges Hörscreening?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

Auffälliger Hüftultraschall?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

wenn ja, Erläuterungen: _____

5. SÄUGLINGSZEIT (0-12 MONATE)

Wurde Ihr Kind gestillt?

☐ nein

☐ ja, _____ Monate

Viel geschrien?

☐ nein

☐ ja

Schlafprobleme?

☐ nein

☐ ja

Fütter-/Gedeihprobleme?

☐ nein

☐ ja

Säuglingsnahrung: ☐ Pre-Nahrung ☐ Spezialnahrung: _____

Sonstige Probleme: _____



6. WURDEN BEI DEN VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (GELBES HEFT) AUFFÄLLIGKEITEN FESTGESTELLT?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

7. IST IHR KIND NACH DEN EMPFEHLUNGEN DER STIKO ALTERSGERECHT GEIMPFT?

☐ ja, vollständig ☐ nein / nur teilweise ☐ weiß nicht

8. SAUBERKEIT – IST IHR KIND TAGSÜBER UND NACHTS TROCKEN UND SAUBER?

☐ ja, seit einem Alter von Jahren

☐ nein / noch nicht – welche Probleme, wie häufig? _____

9. HÖREN UND SEHEN

Haben Sie Zweifel am Hörvermögen?

☐ nein ☐ ja

Häufige Mittelohrentzündungen?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie Zweifel am Sehvermögen?

☐ nein ☐ ja

Schielt Ihr Kind?

☐ nein ☐ ja

Brille? ☐ nein ☐ ja, seit _____

10. HABEN SIE SORGEN BEZÜGLICH DER ENTWICKLUNG IHRES KINDES
(BEWEGUNG, SPRACHE, VERHALTEN, LERNEN, GEWICHT, WACHSTUM)?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

11. WELCHE FÖRDERMASSNAHMEN ODER THERAPIEN ERHIELT / ERHÄLT IHR KIND?

- ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie
☐ Frühförderstelle ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie ☐ Erziehungsberatung
☐ Sonstiges / Ergebnisse: _____



12. HAT ODER HATTE IHR KIND EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN? (BITTE ANKREUZEN)

Atemwege / HNO

- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ obstruktive (spastische) Bronchitis
- ☐ Pseudokrupp
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ häufige Mandelentzündungen

Haut und Allergien

- ☐ Neurodermitis
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Nesselsucht (Urtikaria)

Herz und Kreislauf

- ☐ angeborener Herzfehler
- ☐ Herzgeräusch
- ☐ Herzrhythmusstörung

Nervensystem

- ☐ Fieberkrämpfe
- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ häufige Kopfschmerzen / Migräne

Magen und Darm

- ☐ chronische Bauchschmerzen
- ☐ chronische Verstopfung
- ☐ Zöliakie
- ☐ chronisch-entzündl. Darmerkrankung

Nieren, Harnwege, Genitale

- ☐ Harnwegsinfekte
- ☐ Nierenerkrankung / Harnstau
- ☐ Hodenhochstand / Leistenbruch

Stoffwechsel und Hormone

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Übergewicht / Wachstumsstörung

Blut und Immunsystem

- ☐ Blutarmut (Anämie)
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ häufige / schwere Infektionen

sonstige chronische Erkrankungen: _____

13. WURDE IHR KIND SCHON EINMAL OPERIERT? (WAS? WANN?)

☐ nein ☐ ja: _____

14. KRANKENHAUSAUFENTHALTE, UNFÄLLE, KNOCHENBRÜCHE (WAS? WANN?)

☐ nein ☐ ja: _____

15. WIRD IHR KIND DERZEIT VON ANDEREN ÄRZTEN, KLINIKEN ODER THERAPEUTEN MITBEHANDELT?

☐ nein ☐ ja, von: _____



16. SIND BEI IHREM KIND ALLERGIEN ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN BEKANNT?

☐ nein ☐ ja, welche (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Insektengift)? _____

17. NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

(auch Sprays, Salben, Vitamine, Nahrungsergänzungs- oder pflanzliche Mittel)

☐ nein ☐ ja, bitte angeben:

Medikament	Dosierung	seit wann	wofür
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

18. BENÖTIGT IHR KIND HILFSMITTEL

(z.B. BRILLE, HÖRGERÄT, INHALIERHILFE, EINLAGEN, ORTHESEN)?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

19. LIEGT EIN PFLEGEGRAD ODER EINE (SCHWER-)BEHINDERUNG VOR?

☐ nein ☐ ja: Pflegegrad GdB Merkzeichen: _____

BITTE ZUM ERSTEN TERMIN MITBRINGEN

- Versichertenkarte des Kindes
- gelbes Kinder-Untersuchungsheft
- Impfpass
- Arztbriefe und Befunde (Kliniken, Fachärzte, Therapeuten)
- Medikamentenplan bzw. aktuelle Medikamente
- ggf. Allergiepass / Notfallplan



20. GIBT ODER GAB ES IN DER (BIOLOGISCHEN) FAMILIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Bitte ankreuzen, wer betroffen ist.

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Allergien / Heuschnupfen	☐	☐	☐	☐
Asthma bronchiale	☐	☐	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐	☐	☐
angeborener Herzfehler	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt / Schlaganfall vor dem 55. Lebensjahr	☐	☐	☐	☐
plötzlicher Herztod in jungen Jahren	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐
erhöhte Blutfette (Cholesterin)	☐	☐	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	☐	☐
Epilepsie / Fieberkrämpfe	☐	☐	☐	☐
Migräne	☐	☐	☐	☐
Hüftdysplasie	☐	☐	☐	☐
angeborene Schwerhörigkeit	☐	☐	☐	☐
Schielen / starke Fehlsichtigkeit	☐	☐	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐	☐	☐
Blutgerinnungsstörung / Thrombose	☐	☐	☐	☐
Zöliakie / chronisch-entzündl. Darmerkrankung	☐	☐	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐
Stoffwechsel- oder Erbkrankheit	☐	☐	☐	☐
Entwicklungsverzögerung / Lernbehinderung	☐	☐	☐	☐
ADHS / psychische Erkrankung	☐	☐	☐	☐
plötzlicher Kindstod	☐	☐	☐	☐

Sonstige / Erläuterungen: _____

21. KÖRPERGRÖSSE DER BIOLOGISCHEN ELTERN (ZUR BERECHNUNG DER ZIELGRÖSSE)

Mutter cm Vater cm

22. SIND DIE ELTERN DES KINDES MITEINANDER BLUTSVERWANDT?

☐ nein ☐ ja



23. ELTERN / BEZUGSPERSONEN

Mutter / Bezugsperson 1

Name: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

sorgeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Vater / Bezugsperson 2

Name: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

sorgeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

24. BEI WEM LEBT DAS KIND?

☐ bei beiden Eltern

☐ bei der Mutter

☐ beim Vater

☐ Wechselmodell

☐ in einer Pflegefamilie

☐ in einer Einrichtung

☐ Sonstiges: _____

25. HAT IHR KIND GESCHWISTER (ODER HALBGESCHWISTER)?

☐ nein ☐ ja

Vorname	Geschlecht	Geburtsjahr	Erkrankungen
1. _____	☐ m ☐ w ☐ d	_____	_____
2. _____	☐ m ☐ w ☐ d	_____	_____
3. _____	☐ m ☐ w ☐ d	_____	_____
4. _____	☐ m ☐ w ☐ d	_____	_____

26. WELCHE SPRACHE(N) WERDEN ZU HAUSE GESPROCHEN?

Benötigen Sie für das Arztgespräch eine Übersetzung?

☐ nein ☐ ja, Sprache: _____

27. WIRD IM HAUSHALT GERAUCHT (AUCH E-ZIGARETTE)?

☐ nein

☐ ja, in der Wohnung

☐ ja, nur draußen

28. GIBT ES HAUSTIERE?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

29. GAB ES BELASTENDE EREIGNISSE FÜR IHR KIND ODER IHRE FAMILIE (Z.B. TRENNUNG, TODESFALL, UMZUG, SCHWERE ERKRANKUNG)?

☐ nein ☐ ja, welche? _____



30. WO WIRD IHR KIND BETREUT BZW. WELCHE EINRICHTUNG BESUCHT ES?

- ☐ zu Hause
 ☐ Krippe / Tagespflege
 ☐ Kindergarten
 ☐ Förderkindergarten
☐ Schule, Klasse Schulart: _____
 ☐ Ausbildung / Beruf

Name der Einrichtung: _____

31. ERNÄHRUNG

- ☐ Mischkost
 ☐ vegetarisch
 ☐ vegan
 ☐ Sonstiges: _____

Gibt es Auffälligkeiten beim Essen (z.B. sehr wählerisch, Verweigerung)? ☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche? _____

32. SCHLAF

Gibt es Probleme beim Schlafen? ☐ nein ☐ ja

- ☐ Einschlafen
 ☐ Durchschlafen
 ☐ lautes Schnarchen
 ☐ Atemaussetzer
 ☐ Albträume

33. BEWEGUNG UND MEDIEN

Sport / Bewegung pro Woche (Verein, Freizeit): Std. Sportart: _____

Bildschirmzeit pro Tag (TV, Handy, Tablet, Konsole, PC): Std.

34. WIE WÜRDEN SIE DAS WESEN IHRES KINDES BESCHREIBEN? WAS KANN ES BESONDERS GUT?

FÜR JUGENDLICHE AB 12 JAHREN

35. PUBERTÄT

Erste Regelblutung im Alter von Jahren ☐ noch nicht ☐ trifft nicht zu

Beschwerden bei der Regelblutung? ☐ nein ☐ ja

Fragen oder Sorgen zur körperlichen Entwicklung? ☐ nein ☐ ja

36. WIE GEHT ES DIR / IHNEN IN SCHULE, AUSBILDUNG UND FREIZEIT?

37. MÖCHTE DER/DIE JUGENDLICHE EINEN TEIL DES GESPRÄCHS ALLEIN MIT DER ÄRZTIN / DEM ARZT FÜHREN?

- ☐ ja
 ☐ nein
 ☐ weiß noch nicht

ANMERKUNGEN

Gibt es etwas, was Sie uns nach dem Ausfüllen dieses Bogens noch mitteilen möchten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DER BOGEN WURDE AUSGEFÜLLT VON:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Jugendliche/r selbst ☐ andere: _____

Datum: _____

WIR FREUEN UNS AUF IHR KOMMEN.



meditz

**Medizinisches Diagnostik- und
Therapiezentrum Würzburg**

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

Frankfurter Straße 15a
97082 Würzburg
Telefon 0931 – 322 966
Telefax 0931 – 322 968 8

www.meditz-wuerzburg.de

meditz GmbH, MVZ, Geschäftsführer: Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler, Dr. med. Martin Klein, Dr. med. Jakob Metz,
Amtsgericht Würzburg: HRB 16054