

Liebe Eltern!

Damit wir Ihr Kind besser betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen so weit wie möglich **vollständig** auszufüllen und an der Rezeption wieder abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt. **Wir danken Ihnen! Das Praxisteam.**

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Tel. Nr. Eltern
 Schüler/in besucht Kindergarten besucht Kinderkrippe

ÄRZTE

Waren Sie schon einmal mit Ihrem Kind bei einem anderen Urologen? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem?

Name	Adresse
Dr. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei welchem Kinderarzt/Hausarzt wird Ihr Kind betreut?

Name	Adresse	Fachgebiet
Dr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Welche Infektionskrankheiten hatten oder hat Ihr Kind?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Scharlach	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Mumps	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Röteln	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ A	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ B	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>

Andere Infektionskrankheiten? Ja Nein

ALLERGIEN

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Ja Nein

Falls ja, bitte ankreuzen!

Ja

Zusatzinformation (Welche? Seit Wann?)

Stäube, Gräser, Pollen	<input type="checkbox"/>	
Jod	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	
Röntgenkontrastmittel	<input type="checkbox"/>	
Andere	<input type="checkbox"/>	

ANDERE KRANKHEITEN

Welche der nachfolgenden Erkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Krankheit	Ja	Nein	Weiß nicht	Seit wann behandelt? Jahre / Monate
Lungenerkrankung, z.B. Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen, z.B. Chronische Darmentzündung <input type="checkbox"/> Verstopfungsneigung <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nieren-/Blasenerkrankungen, z.B. wiederholte Harnwegentzündungen <input type="checkbox"/> angeborene Fehlbildungen der Harnorgane <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Harnröhrenverengung <input type="checkbox"/> Blasenerkrankungen <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Harnsteinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bösartige Erkrankungen, Krebs oder Tumoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Operation <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> _____
Andere Erkrankungen bitte hier auflisten _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____

OPERATIONEN

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen.

Ja	Wann?	Wo? Krankenhaus?
<input type="checkbox"/>		

KÖRPERMAßE UND MEDIKAMENTE

Kennen Sie das aktuelle **Körpergewicht**? Ja Nein kg

Kennen Sie die aktuelle **Körpergröße**? Ja Nein cm

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenname	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

KRANKHEITEN VON DIREKTEN FAMILIENMITGLIEDERN (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

Welche Krankheiten sind bei Ihren Angehörigen bekannt?	JA	NEIN	WEIß nicht	
Nierenkrankheiten (z.B. Steine, Dialyse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

VORSORGE

Wann fand die letzte U-Untersuchung statt (wenn zutreffend)? Jahre

ALLGEMEINES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Branchenbuch, Telefonbuch / Welches?
- Doctolib
- Jameda anderes Internetportal / Welches?
- Webseite unserer Praxis www.aturo.berlin
- Empfehlung durch : Arzt Angehörige / Freunde
- Sonstiges / Was?

Wie lange mussten Sie darauf warten, einen Termin bei uns zu bekommen?

Bitte angeben. Ohne Termin, akut

Dürfen wir Sie an fällige Termine telefonisch (SMS) oder schriftlich (E-Mail) erinnern? Ja Nein

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? Ja Nein

Wenn ja, bitte E-Mail Adresse hier eintragen:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde.

1) Name:

2) Name:

War der Fragebogen schwierig oder unverständlich?

Wenn ja, was sollte verbessert werden?

Datum:

Ihre Unterschrift: _____