

Allgemeine Patientendaten Pädiatrie

Nummer: PI-00387

Liebe Eltern,

wir (das Team der **Homonsprechstunde für Kinder und Jugendliche** im ENDOKRINOLOGIKUM) möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Name/Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ beruflich/mobil: _____

E-Mail: _____

Hauptversicherter: _____ Geb.-Datum: _____

Überweisender Kinderarzt (Adresse und Telefon): _____

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin: ja / nein Woche: _____

normal: / Kaiserschnitt: / andere: _____

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Apgar: _____ / _____ / _____ (Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite, ggf. nur 2 Werte)

Ist das Kind ein Zwilling? ja / nein Wurde es adoptiert? ja / nein

Geschwister: _____

Nationalität des Kindes: _____

Nationalität der Mutter: _____ Größe der Mutter: _____ cm

Pubertätsbeginn der Mutter mit: _____ Jahren 1. Menstruation der Mutter mit _____ Jahren

Beruf der Mutter: _____

Nationalität des Vaters: _____ Größe des Vaters: _____ cm

Pubertätsbeginn des Vaters mit: _____ Jahren

Beruf des Vaters: _____

Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes: _____

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? ja / nein

wenn ja, welche?: _____

Bekommt Ihr Kind Medikamente? ja / nein

wenn ja, welche?: _____

Doctolib

Sind Sie mit Termin Erinnerungen per Mail +SMS Versandt über Doctolib einverstanden? Ja Nein

Sind Sie mit der Übermittlung von Dokumenten über Doctolib einverstanden? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____