

## FRAGEBOGEN ZUR KINDERBEHANDLUNG



### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Spitzname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_ Lieblingstier: \_\_\_\_\_

beste Freundin/bester Freund: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigter

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Kind ist versichert über: \_\_\_\_\_

### Name der Krankenkasse:

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- beihilfeberechtigt
- zusätzlich versichert
- freiwillig versichert

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

**Leidet Ihr Kind an einer dieser Erkrankungen?**

- Herzerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Asthma, Atemnot, chronische Bronchitis
- Epilepsie
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Blutgerinnungsstörungen
- genetische Erkrankungen
- Hör- und Sehprobleme
- Tumore
- Infektionen (wie Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.)

**Hat Ihr Kind Allergien?**

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?**

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

---

Datum / Unterschrift: