# ERSTORDINATION

|  |  |
| --- | --- |
| NAME des Kindes:  | Krankenkasse/SVNR/Geb.Datum: |
| Straße: | PLZ/Ort: |
| NAME der Eltern:  | Emailadresse Eltern: |
| Tel. Nr. (mobil) Eltern: | Dienstgeber Eltern: |

Hat Ihr Kind **Allergien, Unverträglichkeiten** (z.B.: Medikamente, Nahrungsmittel, etc.):

Nein [ ] Ja [ ] – welche Erscheinungen sind aufgetreten:

Muss Ihr Kind regelmäßig **Medikamente (auch rezeptfreie etc.) einnehmen**?

Nein [ ] Ja [ ] – welche:

Bestehen bei Ihrem Kind **chronische Erkrankungen** oder gibt es bekannte sprachliche/körperliche Defizite?

Nein [ ] Ja [ ] – welche:

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt bzw. operiert**? Nein [ ] Ja [ ] – wann, weshalb:

Durchgemachte Kinderkrankheiten (Windpocken, Scharlach, …):

Alle Impfungen lt. Gratisimpfprogramm: Ja [ ] Nein [ ] – welche fehlen:

* Zusatzimpfungen (Meningokokken, FSME, …): Nein [ ] Ja [ ] – welche:

Wer ist ihr derzeit behandelnder Kinderarzt?

* bitte bringen sie vorhandene Befunde in die Ordination mit!

# Weitere Informationen für Kinder bis 5 Jahre:

Auffälligkeiten in Schwangerschaft bzw. Geburt: Nein [ ] Ja [ ] – welche:

Geburtswoche:

Bisherige Auffälligkeiten in den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen? Ja [ ] Nein [ ] – welche:

**Sonstiges/Bemerkungen:**

**Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:**