



ERSTAUFNAHME KINDER BIS 14 JAHRE

Name:

Geb.Datum:

SVNR:

Krankenkasse:

Straße:

Ort:

Tel.Nr. (mobil) Eltern:

Tel.Nr. (mobil) Kind:

Email Eltern:

Email Kind:

Dienstgeber Eltern_

Größe:

Gewicht:

Hat ihr Kind **Allergien und Unverträglichkeiten** (zB Medikamente, Nahrungsmittel, ...)
nein ja - wenn ja, welche und was für Erscheinungen sind aufgetreten:

Muss Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** (auch rezeptfreie, ...) einnehmen?
nein ja - wenn ja, welche (genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema)

Medikament inkl. Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Bestehen bei Ihrem **chronische Krankheiten**, gibt es sprachliche/körperliche Defizite?
nein ja - welche:

Bitte Rückseite beachten!



Wurden Sie schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt oder operiert**?
nein ja - wann und weshalb:

Durchgemachte Kinderkrankheiten (Scharlach, Windpocken, ...):

Hat ihr Kind alle Impfungen lt. Gratisimpfprogramm: ja Nein - welche fehlen?

Ihr dzt. behandelnder **Hausarzt**:

Bitte bringen Sie allfällig vorhandene Befunde in die Ordination mit, damit wir sie in unser EDV-System übernehmen können.

ZUSTATZ FÜR KINDER BIS 5 JAHRE

Auffälligkeiten in Schwangerschaft bzw. Geburt? nein ja - welche?

Geburtswoche:

Bisherige Mutter-Kind-Pass Untersuchungen in Ordnung? ja Nein - warum?

Sonstiges / Bemerkungen:

Datum / Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten