

Fragebogen für die Erstanmeldung

Kind

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Versicherung _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
Geschwister _____ Beruf der Eltern _____

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____

Vater

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____

Behandlungswunsch: _____

Kinderarzt: _____

Hat ihr Kind...

Allergien?	0 ja , welche _____	0 nein
Eine Herzerkrankung?	0 ja , welche _____	0 nein
Stoffwechselerkrankung?	0 ja , welche _____	0 nein
Eine psychische Erkrankung?	0 ja , welche _____	0 nein
Eine motorische Störung?	0 ja , welche _____	0 nein
Sonstige Erkrankungen:	_____	

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

0 ja, welche: _____
0 nein

Was trinkt Ihr Kind zum Durst löschen?

Nimmt oder nahm ihr Kind die Flasche? Wenn ja, wie lange? Mit welchem Inhalt? Auch nachts?

Nimmt oder nahm Ihr Kind einen Schnuller? Wenn ja, wie lange?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

Wie haben Sie von uns erfahren?

Zahnarzt 0 _____ Zeitung 0 Internet 0
Kinderarzt 0 _____ TV/Kino 0 Bekannte 0 _____

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

Was unser Kind mag und nicht mag....

Liebe Eltern,

um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen für uns oft hilfreich.

Wenn es Ihnen vielleicht auch Spaß macht, sich Gedanken darüber zu machen, bringen Sie den Bogen ausgefüllt bei Ihrem Besuch mit.

Wir freuen uns sehr über ein gemaltes Bild, es kann einen Einstieg bieten und wie hängen es in unserer Galerie aus.

Lieblingsspielzeug _____

Lieblingsbeschäftigung _____

Lieblingsbuch _____

Lieblingsfernsehsendung _____

Lieblingsessen _____

Lieblingsgetränk _____

Lieblingsfarbe _____

Die beste Freundin/
der beste Freund _____

Das mag unser Kind nicht _____

Recall – Einverständnis

Ja, ich möchte am Recall (Erinnerungsservice) teilnehmen.

(Unterschrift)