



# Datenerhebungsbogen für Kinder



Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

geb.:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

## Bei wem ist Ihr Kind mitversichert? (Rechnungsanschrift):

Name:

Vorname:

geb.:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

tagsüber telefonisch erreichbar unter:

**Kinderarzt oder Hausarzt:**

## Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Asthma / chronische Bronchitis
- Erkrankungen des Blutes
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)
- Spastik
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung
- angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzoperationen
- Nimmt Ihr Kind Medikamente?  
Welche?

- Tuberkulose
- Leberkrankheiten / Gelbsucht
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Nervenerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Infektionskrankheiten (Hepatitis / AIDS)
- Hat Ihr Kind Allergien?  
Wenn ja, worauf?

---

- geistige Verzögerung oder Behinderung

---

- sonstige Erkrankungen:  
wenn ja, welche?

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Wie hat es sich dabei/danach gefühlt?



Möchten Sie an den nächsten Vorsorgetermin Ihres Kindes erinnert werden?

Ja

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_