



Rothenbaumchaussee 239
20149 Hamburg
Telefon: +49.(0)40.27 88 08 86
Email: info@vonanfang.de
www.vonanfang.de

Elternfragebogen

Ausgefüllt am:

Ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstige

Familie:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Email:

Telefon/Fax:

Vorstellungsgrund:

Empfohlen von/durch:

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich eine Weile Zeit zum Ausfüllen diesen Fragebogens. Sie helfen uns damit, rascher zu erkennen, wie wir Sie am besten beraten können.

Wir bemühen uns, unsere Diagnostik und Behandlungskonzepte durch wissenschaftlichen und kollegialen Austausch ständig zu verbessern und auf dem neuesten Stand zu halten. Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter lassen sich dabei manche Inhalte besonders gut durch Bild und Ton vermitteln.

Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass wir die bei Ihrem Kind erhobenen Befunde und Videoaufnahmen gelegentlich im Rahmen des wissenschaftlichen und kollegialen Austausches verwenden zu dürfen. Dabei wird selbstverständlich die Anonymität Ihrer Familie und der Personen- und Datenschutz gewahrt.

Einverständniserklärung

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass bei meinem/ unserem Kind erhobene Befunde und Videoaufzeichnungen im Rahmen des wissenschaftlichen und kollegialen Austausches verwendet werden.

Datum und Unterschrift

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Errechneter Geburtstermin:

Zum Schwangerschaftsverlauf:

Geburt:

Geschwister (mit Geburtsdatum):

Behandelnde(r) Kinderarzt/ärztin:

Ernährung:

Geburts-Gewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Apgar-Zahl:

Risikofaktoren:

Erkrankungen:

Klinikaufenthalt wegen:

Dauer:

Sonstige Behandlungen:

Vorstellungsgrund:

Mutter

Name:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Familie der Mutter (Unterstützung, Kontakt, Besonderes):

Ausbildung/Beruf:

Zeitpunkt der Schwangerschaft:

Familiäre/berufliche Situation während der Schwangerschaft:

Befindlichkeit während der Schwangerschaft:

Frühere Schwangerschaften/Fehlgeburten:

Behandelnde(r) Gynäkologe/in:

Hebamme (Vorbereitung/Wochenbettbetreuung):

Geburtsverlauf:

Komplikationen um die Geburt:

Erleben der Geburt:

Erleben der Mutterrolle:

Allergien:

Andere Krankheiten:

Vater

Name:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Familie des Vaters (Unterstützung, Kontakt, Besonderes):

Ausbildung/Beruf:

Familiäre/berufliche Situation während der Schwangerschaft:

Erleben der Schwangerschaft:

