Medizinische Vorgeschichte

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Besteht bei Ihrem Kind eine

	nein	ja, welche
Herzerkrankung (z.B. Rhythmusstörungen, Herzfehler)	☐	☐ _____
Krampfleiden (z.B. Fieberkrämpfe, Epilepsie)	☐	☐ _____
Tic-Erkrankung (z.B. Blinzeln, Grimassieren)	☐	☐ _____
Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Bronchitis)	☐	☐ _____
Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit)	☐	☐ _____
Infektionserkrankung (z.B. Hep B/C, HIV)	☐	☐ _____
Allergie/ Überempfindlichkeit (z.B. Penicillin-Allergie, Heuschnupfen)	☐	☐ _____
Hormonelle Störung (z.B. Wachstumsstörung, Schilddrüsenerkrankung)	☐	☐ _____
Bluterkrankung (z.B. Anämie, Gerinnungsstörung)	☐	☐ _____
Ausscheidungsstörung: (z.B. Einnässen /Einkoten)	☐	☐ _____
andere relevante Vorerkrankung/Operationen	☐	☐ _____
Bekommt Ihr Kind Medikamente	☐	☐ _____

Besteht in Ihrer Familie (Eltern/Geschwister des Patienten) eine

	nein	ja, welche
Herzerkrankung (z.B. Rhythmusstörungen, Herzfehler)	☐	☐ _____
Krampfleiden (z.B. Fieberkrämpfe, Epilepsie)	☐	☐ _____
Lebererkrankung (z.B. Leberzirrhose, Leberfunktionsstörung)	☐	☐ _____
Stoffwechselerkrankung/ Hormonelle Störung (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung)	☐	☐ _____
Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis B oder C, HIV)	☐	☐ _____
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Suchtmittelabhängigkeit)	☐	☐ _____
andere relevante Vorerkrankung/Operationen (z.B. Bluterkrankung, Krebsleiden)	☐	☐ _____

_____

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten