

Formular

Fragebogen Pädiatrie

Nummer: FO-23768 Gültig ab: Gültig ab

Nationalität des Vaters: _____ Größe des Vaters: _____ cm

Pubertätsbeginn des Vaters mit: _____ Jahren

Beruf des Vaters: _____

Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes:

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? ja / nein

wenn ja, welche?: _____

Bekommt Ihr Kind Medikamente? ja / nein

wenn ja, welche?: _____

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte