

Dr. med. Axel Rösler

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Im Interesse einer für Sie und Ihrem Kind optimalen Behandlung bitten Wir um folgende Angaben. Wir danken für Ihre Mitarbeit.**

Name und Vorname Ihres Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Eltern geteiltes Sorgerecht? Ja  Nein

Wegen welcher Beschwerden wird uns Ihr Kind vorgestellt? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen (z.B. angeborener Herzfehler, Missbildung, Stoffwechselstörung, körperliche oder geistige Behinderung?)

Ja  Nein

Wenn ja, um welche Erkrankung (en) handelt es sich? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Allergien, ggf. Pollen, Milben, Medikamente oder andere?

Ja  Nein  Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Ja  Nein

Wenn ja, bitte OPs mit Jahr der Op auflisten: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter gehäuften Infekten? Ja  Nein

Hat Ihr Kind Probleme, frei durch die Nase zu atmen? Ja  Nein

Haben Sie öfter den Eindruck, Ihr Kind höre nicht gut? Ja  Nein

Gibt/Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung? Ja  Nein

Datum und  
Unterschrift \_\_\_\_\_