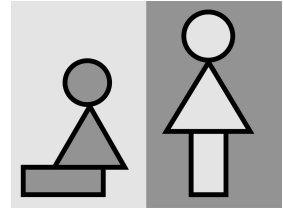


DRES. MED. RÜDIGER UND ANTJE KÜHLWEIN

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
KINDERPNEUMOLOGIE
ALLERGOLOGIE



Liebe Patientinnen und Patienten, Liebe Eltern,

Für Ihr Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen, danken wir Ihnen herzlich.
Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sollen Ihnen und uns mehr Zeit für Ihr *akutes* Anliegen geben. Selbstverständlich können und werden wir einzelne Punkte gemeinsam besprechen. Hierzu werden wir ggf. einen separaten Termin vereinbaren.
Ihre Angaben sind freiwillig.

Patientenname	Telefonnummer:
----------------------	-----------------------

Familie

Mutter: Geburtsjahr:
 Beruf:
 Erkrankungen:

Vater: Geburtsjahr:
 Beruf:
 Erkrankungen:

verheiratet getrennt geschieden anderes
Sorgerecht bei beiden Mutter Vater

Geschwister Name / Alter / Erkrankungen?

Sind in der Familie bekannt:
- vererbte Erkrankungen (Stoffwechsel, Blut, ...)
 nein ja, ...

- Allergien / Neurodermitis / Heuschnupfen / Asthma:
 nein ja, ...

- Schwangerschaft unauffällig Besonderheiten: ...
- Geburt normal Kaiserschnitt, weil...
 Besonderheiten
 Frühgeburt in der ... Schwangerschaftswoche
Größe: Gewicht:
- Säuglingszeit Entwicklung unauffällig
 Besonderheiten: ...
- Erkrankungen Herz:...
 Lungen:...
 Magen-Darm-Trakt:...
 Blase / Nieren:...
 Leber / Milz / Bauchspeicheldrüse:...
 Gehirn / Nervensystem:...
 Skelett / Gelenke / Muskeln:...
 Blut:...
 Haut:...
 HNO-Bereich:...
 Augen:...
 Weitere Erkrankungen:...
- Allergien nein unbekannt
 ja, welche...

Krankenhausaufenthalte / Operationen

Familiäre / psychische Belastungssituationen

- nein ja

Ich wünsche mir Informationen / Beratungen zu folgenden Themen:

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V:
Ich willige ein, dass Herr oder Frau Dr. Kühlwein ärztliche Informationen mit
anderen Ärztinnen / Ärzten austauschen dürfen.**

Mannheim, (Datum):

Unterschrift:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!