



# FOTO

## des Kindes

## Phoniatrie und Pädaudiologie

Dr. Friedrich-Steiner-Straße 5 · 45711 Datteln  
Chefärztin: Prof. Dr. med. Ute Pröschel  
Tel.: 02363 / 975-280 · Telefax: 02363 / 975-289  
Email: phoniatrie@kinderklinik-datteln.de

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geschwister (Geburtsdaten): \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ HNO-Arzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wann und wo wurde Ihr Kind vorher untersucht? \_\_\_\_\_

Aufenthalt in der Vestischen Kinderklinik:  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

**Verlauf der Schwangerschaft:** Erkrankungen der Mutter?  nein  ja, welche? und in welchem Schwangerschaftsmonat? \_\_\_\_\_

**Geburt:**  normal  Zange / Saugglocke  Kaiserschnitt

Frühgeburt  nein  ja, in der \_\_\_\_ . Schwangerschaftswoche Risikokind  nein  ja

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Größe: \_\_\_\_\_ cm Apgar-Werte: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind **angeborene Erkrankungen**?

nein

ja, welche?  Lippen-Kiefer-Gaumenspalte  isolierte Gaumenspalte

M. Down (Trisomie 21)  Ohrfehlbildung:  rechts  links  beidseits

Augenerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Knochenerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Hydrozephalus; Operationen? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Krampfleiden, seit wann? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihrem Kind eine **Keimbeseidlung mit multiresistenten Keimen** (z. B. MRSA, 3MRGN, 4MRGN oder ähnliches)?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind schon **operiert** worden?

nein  ja, welche OP? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Hörvermögen**

unauffällig  reagiert schlecht / gar nicht  unsichere / wechselnde Reaktionen

bisherige Hörprüfung:  auffällig  unauffällig  
 noch keine durchgeführt

Gibt es jemanden mit **Hör- und Sprachproblemen in Ihrer Familie**?

nein,  ja, bei wem und welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ERKLÄRUNG**

*Um das Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie der Vestischen Kinder- und Jugendklinik über alle für die Behandlung unseres Kindes erforderlichen medizinischen und sonstigen Informationen in Kenntnis setzen zu können, entbinden wir alle an der Betreuung unseres Kindes beteiligten Ärzte, sonstige Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie der Vestischen Kinder- und Jugendklinik.*

*Wir sind ausdrücklich damit einverstanden, dass bei Bedarf auch medizinische Befunde und Arztberichte angefordert werden.*

*Außerdem sind wir damit einverstanden, dass unser Haus- bzw. Kinderarzt und alle sonst an der Behandlung und Betreuung unseres Kindes beteiligten Personen und Institutionen seitens des Instituts für Phoniatrie und Pädaudiologie der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Auskunft über den Behandlungsverlauf erhalten.*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen: