
(Name d. Kindes, Geburtsdatum)

(Datum)

Fragebogen über Erkrankungen in der Familie

Angaben über die Eltern:

Name:	_____	_____
	(Mutter)	(Vater)
Geb.-Datum:	_____	_____
	(Mutter)	(Vater)
Beruf:	_____	_____
	(Mutter)	(Vater)

Anzahl der Geschwisterkinder und Geburtsjahr:

Erkrankungen in der Familie :

bekannt bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern?

- schwere Hörstörungen / Taubheit:
- schwere Sehstörungen / Blindheit :
- Herz: (Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt im jungen Alter, früher Herztod?)
- Niere: (Fehlbildungen, Nierensteine, Nierenzysten?)
- Lunge: (z.B. allerg. Asthma)
- Hüfte: (z.B. Spreizhosenbehandlung / frühzeitig künstl. Hüftgelenk)
- Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Fettstoffwechselstörungen):
- Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörungen/Thrombosen/ Lungenembolie/ Schlaganfälle :
- Anfallsleiden / Epilepsie, Fieberkrämpfe:
- Allergien: (nur Eltern/Geschwister)
- Autoimmunerkrankungen:
- Sonstiges: