

Jugendschutzuntersuchung Formular

Datum: _____ Formularnummer: _____

Patientendaten

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: ____//

Adresse: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Daten des Elternteils oder des gesetzlichen Vormunds

Name des Elternteils/Vormunds: _____

Geburtsdatum des Elternteils/Vormunds: ____//

Adresse des Elternteils/Vormunds: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Telefonnummer des Elternteils/Vormunds: _____ E-Mail: _____

Medizinische Vorgeschichte

Hat der Patient in der Vergangenheit eine schwerwiegende Erkrankung gehabt? _____
(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Nimmt der Patient derzeit Medikamente ein? _____
(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Hat der Patient in der Vergangenheit eine Operation gehabt? _____
(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Körperliche Untersuchung

Aktuelles Gewicht des Patienten: _____ kg

Aktuelle Größe des Patienten: _____ cm

Impfüberprüfung

Ist der Patient gemäß dem Impfplan auf dem neuesten Stand? _____
(Wenn die Antwort Nein lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Entwicklungsüberprüfung

Wie würden Sie

****Empfehlungen****

9. Gibt es zusätzliche medizinische Empfehlungen oder Versorgungsrichtlinien für den Patienten? _____
(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Unterschrift des Arztes: _____

Datum: ____/____/____