

Kinder – Fragebogen

Name Erziehungsber.. _____ Geburtstag _____
Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Geschwister _____ E-Mail _____
Wer hat uns empfohlen? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Gesellschaft: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, usw

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung
Wenn ja, wie häufig?

.....

Gibt es Allergien?

Pollen oder andere

Nahrungsmittel

Stuhlgang

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend,
hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, **Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest**
Stuhlgang wechselhaft usw.

Haut

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben?

0 Ja

0 Nein

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim
Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen

Schlafzeit

von / bis

Ernährung

Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigung gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Körpergewicht **Körpergröße**

Wann konnte ihr Kind krabbeln **laufen** **sprechen** **war es trocken**
Angaben bitte in Monaten

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung vorgenommen? Frühgeburt? Spontangeburt? Kaiserschnitt?
Zangen-, Saugglockengeburt? Neugeborenenengelbsucht? Einnahme von Medikamenten?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?