

Kinder - Fragebogen

Indre Harkensee * Von-der-Tann-Str 1 * 20259 Hamburg

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ FAX _____

Geschwister _____ E-Mail _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Versicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Beihilfe/Post ☐ Privat-Versicherung

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.

Wegen welcher Erkrankung Ihres Kindes kommen Sie primär?

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

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.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

Infekte

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere

Stuhlgang

täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

Haut

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein

Schlaf

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

Schlafzeit

von / bis

Ernährung Verlangen

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

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

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Wurde Ihr Kind gestillt/ wie lange?

Körpergröße **Körpergewicht**

.....

Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufensprechen..... war es trocken

Angaben bitte in Monaten

Geburt

Normal

Kaiserschnitt

Wenn Frühgeburt- in welcher Schwangerschaftswoche?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?