

Kinder-Fragebogen

Vorname & Name des Kindes:

Name des begleitenden Elternteils:

Straße:

Telefon Mutter/Vater privat:

PLZ/Ort:

Telefon Mutter/Vater mobil:

Geburtstag:

Email Mutter/Vater:

Größe:

Empfehlung der Praxis durch:

Gewicht:

- ehemalige Patienten
- Internet
- Visitenkarten oder Prospekt

Entwicklung:

- normal
- verzögert

Werden regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel
eingenommen?

- nein
- ja, folgende:

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Seit wann?

Was war **unmittelbar vor** dem ersten Auftreten der Beschwerden? Z.B. eine
Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck,
Operation, Hautausschläge, Medikamente, Umzug?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

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

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen/ wann?

Bitte bringen Sie den Impfausweis mit.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe,
Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, Entwicklungsschübe, Allergien o.ä.)

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht/ wann war dies?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach
Pfeiffer'sches Drüsenfieber
Andere:

Hat Ihr Kind Infekte/ wie oft? Z.B. Husten, Schnupfen, Bronchitis,
Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, Blasenentzündung

Hat Ihr Kind Allergien?

Welche? Nahrungsmittel, Pollen, Medikamente, Kontaktallergie

Art der Reaktion (z.B. im Mund, Magen-Darm-Bereich, an der Haut?)

Stuhlgang: 1x täglich, mehrmals täglich, 2-3x wöchentlich, Verstopfung,
Durchfall, Konsistenz uneinheitlich

Haut/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Narben

Schlaf:

Von _____ Uhr bis _____ Uhr

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim
Einschlafen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Ernährung:

- Mischkost
- vegetarisch
- vegan

Naturheilpraxis Ulrike Böttcher | Reichskanzlerstr.2 | 22609 Hamburg
Tel: 040/866 42 558 | Mail: boettcher-naturheilpraxis@gmx.de
Verlangen nach: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigung gegen: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Obst

Leben Sie in Ihrer Familie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
Falls ja, welche?

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

War die Geburt schwierig oder gab es Komplikationen?

Sehr geehrte Patienten,
ich möchte darauf hinweisen, daß Termine extra für Sie reserviert sind. Bitte achten Sie darauf, daß wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, Sie diesen bitte spätestens 48 Stunden vorher per Mail unter boettcher-naturheilpraxis@gmx.de oder unter 040/866 42 558 telefonisch absagen. Nur so kann ein Termin an andere Patienten noch neu vergeben werden. Wenn keine rechtzeitige Absage erfolgt muß ich Ihnen leider ein Ausfallhonorar in Höhe von € 75 pro vorgesehene Stunde sowie 150€ für eine versäumte Erstanamnese in Rechnung stellen.

Ich bin über die Preise der Behandlung und Ausfallkosten informiert worden oder habe mich auf der Homepage über die aktuellen Preise sowie die Folgen einer späten Absage informiert und bin damit einverstanden, Ausfallkosten zu tragen.

Datum: _____ Unterschrift Eltern: _____