

Kinder-Fragebogen

Name

Tel. privat

Vorname

Tel. Arbeit

Straße

Tel. Mobil

PLZ/Ort

Fax

Geschwister

E-mail

Geburtstag

Empfehlung durch

Werden regelmäßig
Medikamente eingenommen?

Größe

Gewicht

Wann konnte Ihr Kind
Krabbeln_____

Laufen_____

Sprechen_____

war es trocken_____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, zutreffendes zu unterstreichen.

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Was war **unmittelbar vor** dem ersten Auftreten der jetzigen 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 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?
Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung,
Mandelentzündung, Blasenentzündung

Hat Ihr Kind **Allergien**?
Welche?/ Art der Reaktion (z.B. im Mund, Magen-Darm-Bereich,
an der Haut?)

Sonstige Allergien z.B. Medikamente, Hausstaub:

Stuhlgang: 1x täglich, mehrmals täglich, 2-3x wöchentlich

Verstopfung, Durchfall, Konsistenz _____

Haut/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Narben

Schlaf:

Von _____ Uhr bis _____ Uhr

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

Ernährung:

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?
