

## 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?

---