

Kinder - Fragebogen

HP Dieter F. Kloippel – Bertolt Brecht Straße 4 – 74336 Brackeneheim ☎ 07135- 93 17 21



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

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?

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
m 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?

Körpergröße **Körpergewicht**

Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufensprechen..... war es trocken
Angaben bitte in Monaten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

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