



Fragebogen zum Ersttermin (Kinder)

Name (Kind) _____ Geburtsdatum (Kind) _____
Gesetzl. Vertreter _____ Geburtsdatum _____
Straße _____ Tel. privat _____
PLZ - Ort _____ Handy _____
Gewicht/Größe (Kind) _____ kg _____ cm Email _____
Wurde ich empfohlen? _____ Geschwister/Alter _____

Versicherung: gesetzlich versichert Beihilfe/Post
 zusatzversichert, bei _____ mit bis zu _____ € jährlich
 privat versichert, bei _____ Tarif: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, wenn Sie Zutreffendes unterstreichen. Ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit dafür.

Neigt Ihr Kind zu bestimmten Erkrankungen? Wenn ja, zu welchen _____

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

Gab es ein unmittelbares Ereignis vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Sturz, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Wenn ja, bitte den Impfausweis mitbringen

Gab es Reaktionen auf die Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit o.ä.

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (z.B. Mumps, Röteln, Windpocken ...)

Infekte? Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung ... Wenn ja, wie häufig? _____

Gibt es Allergien?

Heuschnupfen / Pollen / wenn ja, wann _____

Nahrungsmittelallergien / wenn ja, welche _____

Darm normal - eher Verstopfung – eher Durchfall

Stuhlgang täglich jeden 2. /3. / 4. Tag unregelmäßig riecht nach _____

Stuhl hell – dunkel - übel riechend – hart – knollig – weich – schmierig – pastös - kann Stuhl nicht halten – Gefühl, nicht fertig zu werden – Stuhlgang wechselhaft

Haut Juckreiz – Ausschlag – Neurodermitis – Warzen – Pilze

Hat Ihr Kind Narben? (durch OP oder Verletzungen) nein ja – beim Besuch unbedingt zeigen

Schlaf Schlaflosigkeit - häufiges Erwachen - Schwierigkeiten beim Einschlafen – Sprechen im Schlaf –

Nachtschweiße – Zähneknirschen – will nicht alleine schlafen – schläft (nicht) im eigenen Bett

Schlafzeit übliches Zubettgehen um _____ übliches Aufstehen um _____

Ernährung – Verlangen nach ... süß – sauer – salzig – pikant – Fleisch – Obst – Eiern

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn ja, welche _____

Geburt? normal Kaiserschnitt Glocke/Zange Frühgeburt, in welcher SSW _____

Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft? Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente einnehmen müssen?

Wurde Ihr Kind gestillt? nein wenn ja - wie lange _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind derzeit ein? _____

Raum für Ihre eigenen Angaben, warum Sie mit Ihrem Kind meine Praxis aufsuchen möchten:

Idealerweise senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen vor unserem ersten Termin per Mail, Fax oder per Post zu. Das erspart uns viel Zeit und auch Kosten! Außerdem ermöglicht es mir eine bessere Vorbereitung auf unser 1. Gespräch. **Vielen Dank!**

Ort, Datum

Unterschrift (*erst nach unserem Erstgespräch*)