

Kinder-Fragebogen

doris jedkowiak | sachsentor 1 | 21029 hamburg | 040-7200 8250

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Job	_____
PLZ/Ort	_____	FAX	_____
Geschwister	_____	e-mail	_____
Empfehlung durch	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privatversicherung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es 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 usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister:

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, Pfeiffersches Drüsenfieber, usw.

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

Gibt es Allergien?

Pollen/wann?

Lebensmittel

sonstige

Stuhlgang täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz.....

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben nein ja / wo

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

Schlafzeit von bis

Ernährung **Verlangen** nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Obst

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Körpergewicht **Körpergröße**

Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufen..... sprechen..... war es trocken.....

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind ein?

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