

Kinder - Fragebogen

Naturheilpraxis Barbara Sperber, Kruppach 3, 91238 Engelthal



Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. berufl. _____

PLZ – Ort _____ Mobil _____

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? Eltern, Großeltern, Geschwister.

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.

Gibt es Allergien?

Pollen oder andere _____

Nahrungsmittel _____

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

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? Ja Nein

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen
im Schlaf, Nachtschweiß, 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 _____ **laufen** _____

sprechen _____ **war es trocken** _____

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung vorgenommen? Frühgeburt? Spontangeburt? Kaiserschnitt?
Zangen-, Sauglockengeburt? Neugeborenenengelbsucht? Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?
