



## 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*)