



PATIENTENFRAGEBOGEN **KIND**

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

VORNAME DES KINDES

VORNAME DER ELTERN

NACHNAME DES KINDES

NACHNAME DER ELTERN

GEBURTSDATUM DES KINDES

GEBURTSDATUM DER ELTERN

PLZ ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

ANZAHL DER GESCHWISTER

MÄNNLICH / WEIBLICH (KIND)

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT BEI

PRIVAT VERSICHERT

ZUSATZVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

GEBURTSGEWICHT

GEBURTSGRÖSSE

AKTUELLES GEWICHT

AKTUELLE GRÖSSE

GEBURTSPLATZ Scheitellage Steißlage Querlage Gesichtslage

GEBURTSART Vaginalgeburt Zangengeburt Kaiserschnitt Saugglocke

1| PROBLEME WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT:

2| PROBLEME BEI DER EMPFÄNGNIS:

3| WAREN NACH DER GEBURT FOLGENDE ANZEICHEN VORHANDEN?

- Neugeborenenengelbsucht Zyanose Angeborene Anomalien

Wenn ja, bitte erklären: _____

4| ERNÄHRUNG DES KINDES

- Brust Flasche / Produkt: _____

5| WIE VIELE STUNDEN SCHLÄFT DAS KIND NACHTS?

Stunden: _____

- gut mittel schlecht

6| HEBAMME/ GEBURTSHELFER:

7| KINDER-/ FAMILIENARZT:

8| IMPFUNGEN:

9| WIE OFT HAT DAS KIND ANTIBIOTIKA ERHALTEN?

- in den letzten 6 Monaten: _____ im Laufe des Lebens: _____

10| ENTBINDUNG/ GEBURTSVERLAUF:

11| WURDE DAS KIND JEMALS IN DIE NOTAUFNAHME GEBRACHT?

- Ja, _____ Nein

12| BABY (0 BIS 1 JAHR)

- Kann das Köpfchen nicht halten
- Hat eine Liegeglatze
- Rücken überstreckt sich stark
- Liegt nur auf dem Bauch
- Hat Blähungen/ Koliken
- Schläft nicht durch
- hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x täglich)
- Pofalte ist schief
- zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)
- Dreht sich überwiegend in eine Richtung
- Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinanderfolgenden Tagen)
- Schläft schlecht ein
- Schläft kurz und unruhig

13| KLEINKIND (1 BIS 6 JAHRE)

- Hat das Krabbeln ausgelassen
- Hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt
- Hat mit 18 Monaten oder später laufen gelernt
- Lutscht noch am Daumen (noch nach dem 5. Lj)
- Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen
- Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe
- Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 bis 7 Jahren hinaus
- Allergien? Wenn ja, welche? _____
- Zehenspitzenläufer
- Zeigt außergewöhnliche Reaktionen nach Impfung
- Bettnässen (über das Alter von 5 Jahren hinaus)
- Häufige Ohren- und Naseninfektionen
- Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren
- Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen

14| SCHULKIND (AB 6 JAHRE)

- Leseschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeiten
- Wahrnehmungsstörungen
- Trägt eine Zahnspange seit: _____
- Schreibschwierigkeiten
- Konzentrationsmangel
- Probleme im Sportunterricht
- Abschreibeschwierigkeiten
- Unruhe
- Reiseübelkeit

15| HAT DAS KIND WÄHREND DES SPORTS JEMALS EINE VERLETZUNG ERLITTEN?

- Ja, _____ Nein

16| HAT DAS KIND SICH JEMALS BEI EINEM AUTOUNFALL VERLETZT?

- Ja, _____ Nein

17| GRUND DES BESUCHES IN UNSERER PRAXIS:

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier
- Meine **Hauptbeschwerden** sind: _____

LITT DAS KIND JEMALS AN FOLGENDEN KRANKHEITEN?

KOPFSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SCHNUPFEN/ GRIPPE	<input checked="" type="checkbox"/>
ORTHOPÄDISCHE PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	KOLIKEN	<input checked="" type="checkbox"/>
NACKEN-PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	KNOCHENBRÜCHE	<input checked="" type="checkbox"/>
OHNMACHT / BEWUSSTLOSIGKEIT	<input checked="" type="checkbox"/>	VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN	<input checked="" type="checkbox"/>
ARM / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	VERDAUUNGSSTÖRUNGEN	<input checked="" type="checkbox"/>
BEIN / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	MAGENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>
HERZPROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	RÜCKFLUSS	<input checked="" type="checkbox"/>
GELENK / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	VERSTOPFUNG	<input checked="" type="checkbox"/>
KRAMPFANFÄLLE	<input checked="" type="checkbox"/>	DURCHFALL	<input checked="" type="checkbox"/>
CHRONISCHE OHRENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>
RÜCKENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	BLUTHOCHDRUCK	<input checked="" type="checkbox"/>
NASENNEBENHÖHLEN / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	BLUTARMUT / ANÄMIE	<input checked="" type="checkbox"/>
SCHLECHTE KÖRPERHALTUNG	<input checked="" type="checkbox"/>	BETTNÄSSEN	<input checked="" type="checkbox"/>
ASTHMA	<input checked="" type="checkbox"/>	ADS / ADHS	<input checked="" type="checkbox"/>
SKOLIOSE	<input checked="" type="checkbox"/>	RISSE/ BRÜCHE/ HERNIEN	<input checked="" type="checkbox"/>
PROBLEME BEIM LAUFEN	<input checked="" type="checkbox"/>	MUSKELSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>
		WACHSTUMSSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>

ALLERGIE AUF	_____
ANDERES	_____
OPERATIONEN	_____
MEDIKAMENTE	_____
UNFÄLLE	_____
FAMILIENGESCHICHTE	_____

HAT DAS KIND AN EINER DER FOLGENDEN RÜCKENMARKSTRAUMATA GELITTEN?

STURZ MIT EINER LAUFLERNHILFE	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VON DER RUTSCHE	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ VON BETT/ COUCH	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VOM HOCHSTUHL	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ MIT SKATEBOARD/ INLINER	<input checked="" type="checkbox"/>	TREPPENSTURZ	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ VON DER SCHAUKEL	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VON DER WICKELKOMMODE	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ AUS DEM KINDERBETT	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VOM KLETTERGERÜST	<input checked="" type="checkbox"/>
FAHRRADSTURZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ANDERE	<input checked="" type="checkbox"/>