

Fragebogen zur Behandlung von Kindern

Bei der Behandlung Ihres Kindes sind viele unterschiedliche Informationen hilfreich bei der Auswahl der passenden Arzneimittel.

Im persönlichen Gespräch mit Ihnen und Ihrem Kind ist deshalb genug Zeit für die genaue und ausführliche Schilderung Ihres Anliegens.

Dieser Fragebogen hilft mir jedoch, schnell einen Überblick zu bekommen, das spart auch Zeit und Kosten.

Selbstverständlich können Sie Fragen einfach offen lassen, und lieber persönlich besprechen.

Der Fragebogen gibt Ihnen auch die Möglichkeit mir mitzuteilen, was Ihr Kind während der Konsultation nicht hören soll.

Alle Informationen dienen ausschließlich der praxisinternen Diagnostik und fallen unter die Schweigepflicht.

Persönliche Daten des Kindes:

Name und Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	e-mail:
Name und Vorname der Mutter:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Name und Vorname des Vaters:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Familiäre Situation:	
Sorgerecht:	
Name /Alter der Geschwister:	
Kindergarten/Schule:	
Krankenversicherung:	

Die aktuelle Hauptbeschwerde

Beginn und Verlauf der jetzigen Beschwerden

Vermutete Zusammenhänge der Beschwerden mit bestimmten Ereignissen oder Umständen

Bisherige Erkrankungen: Bitte unterstreichen oder ergänzen

Infektionskrankheiten

Infekte der Nasennebenhöhlen, Bronchien, Lunge

Entzündungen der Rachenmandeln, Ohrentzündungen

Infekte im Magen-Darm-Bereich

Kinderkrankheiten: Mumps, Röteln, Keuchhusten

Infektionen der Haut: Herpes, Streptokokken, Pilze

Blasen/Nierenentzündung

Meningitis, andere schwere Infekte

Impfungen

Impfungen

Impfungen mit Reaktionen innerhalb von 6 Wochen:

Bisherige Entwicklung

Kinderwunschbehandlung:

Lebensumstände und gesundheitliche Situation der Mutter während der Schwangerschaft:

Verlauf der Geburt:

Medikamente während der Geburt:

Beschwerden während der frühen Entwicklung:

Beschwerden im Bereich Magen/Darm:

Beschwerden im Bereich Blase/Niere:

Beschwerden der weibl./männl. Organe:

Operationen:

Nervensystem:

Koordination/Motorische Entwicklung:

Konzentration/ Lernvermögen:

Kopfschmerzen:

Schwindel:

Sinnesorgane

Beschwerden des Gehörs, des Sehvermögens:

Bewegungsapparat

Beschwerden der Gelenke/Muskeln/Knochen:

Beschwerden der Wirbelsäule:

Verletzungen/Operationen:

Haut

Pigmentstörungen, Muttermale, Warzen

Ekzeme

Entzündungen, Akne, Furunkel

Immunsystem:

Allergien: Nahrungsmittel, Medikamente, Pollen, Tierhaare

Andere Immunstörungen/Krankheiten:

Allgemeine Beschwerden:

Schmerzen/Mißempfindungen im Bereich des Bauches:

Übelkeit, Erbrechen, Durchfall:

Schmerzen/Mißempfindungen im Brustbereich:

Schmerzen/Mißempfindungen im Bereich Kopf/Gesicht:

Beschwerden im Bereich der Atmung/Kehle:

Kälte/Hitzegefühl:

Andere Allgemeinbeschwerden:

Operationen: Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Hoden, Polypen

Unfälle: Verletzungen, Brüche, Gehirnerschütterung

Schlaf:

Besondere Schlafgewohnheiten:

Ein- und Durchschlafstörungen, Schlafwandeln, nächtliche Ängste

Träume

Immer wiederkehrende Träume:

Alpträume:

Essen und Trinken:

Besonderes Verlangen nach bestimmten Speisen/Getränken:

Starke Abneigungen:

Unverträglichkeit:

Besondere Essgewohnheiten:

Empfindlichkeit gegenüber äußeren Einflüssen

Wetter/Jahreszeiten:

Geräusche, Gerüche:

Enge/Höhe/ Berührung:

Fahren/Fliegen:

andere Empfindlichkeiten:

Medikamente/ dauerhaft gebrauchte Substanzen:

Apotheken-oder Rezeptpflichtige Medikamente, Sprays, Inhaliermittel, Cremes:

Pflanzliche Heilmittel:

Homöopathische Heilmittel:

Nahrungsergänzungsmittel:

Behandlungen

Kinderarzt, Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie

Krankheiten der Geschwister

Bruder/Schwester	Geburtsjahr	Erkrankungen

Krankheiten der Eltern

Krankheiten der Mutter:

Krankheiten des Vaters:

Krankheiten der Großeltern:

Großmutter mütterlich:

Großvater mütterlich:

Großmutter väterlich:

Großvater väterlich:

Wichtige Informationen, die nicht für die Ohren Ihres Kindes bestimmt sind

Psychisches Befinden

Was braucht Ihr Kind um sich wohl zu fühlen?

Was möchte Ihr Kind gerne vermeiden?

Woran erkennen Sie, daß Ihr Kind Schwierigkeiten hat?

Wie reagiert Ihr Kind auf Belastungen, Verletzungen oder Gefahren?

Können Sie Ihr Kind wörtlich zitieren?

Welche Spiele oder Geschichten liebt Ihr Kind?

Wie schätzen Sie die sozialen Beziehungen Ihres Kindes ein?

Zur Mutter

Zum Vater

Zu anderen erwachsenen Verwandten/Pädagogen

Zu Geschwistern

Zu Gleichaltrigen