



# Kinder - Fragebogen

Mario Brzosk \* Schweningen Str.2 \* 92342 Freystadt \* 09179 96 41 69

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	FAX	_____
Geschwister	_____	E-Mail	_____

Wer hat Sie 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 mich?

.....

.....

.....

.....

## 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?

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, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

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

**Gibt es Allergien?** Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere .....

**Stuhlgang** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel  
riechend, 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? 0 Ja 0 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.....**  
Angaben bitte in Monaten

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?**

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....