

Auszufüllen von den Eltern

		Datum:	
Name des Elternteils:			
Straße:			
PLZ-Ort:			
Name des Kindes:			
Geburtsdatum:			
Größe:	Gewicht:	Haarfarbe:	
Wie viele ältere Geschwister?	Wie viele jüngere Geschwister?		
Alter der Eltern:	Vater:	Mutter:	
Krankenkasse:	Mitversichert <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter	Beihilfe: <input type="radio"/> ja	
Abweichende Adresse des Versicherten:			

Fragen zur Krankheitsgeschichte

1. Sind von Ärzten, Heilpraktikern oder in Krankenhäusern schon Diagnosen gestellt worden, Erkrankungen festgestellt und behandelt worden?

nein

ja

Wenn ja, welche?

2. Nimmt Ihr Kind oder nahm es Medikamente oder homöopathische Mittel?

nein

ja

Wenn ja, welche?

3. Hatte Ihr Kind in jüngerer Zeit eine Röntgenuntersuchung oder eine Strahlenbehandlung?

nein

ja

- Wenn ja, aus welchem Anlass?

4. Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? (sortiert nach empfundener Wichtigkeit aufzählen)

*Bei Schmerzen: Bitte die Qualität des Schmerzes genau beschreiben.

(z.B. stechend, ziehend, drückend, brennend, schneidend, reißend, klopfend, schießend, pulsierend, lanzierend, krampfend, andauernd, anfallsweise, heftig, wie wund, unerträglich, periodisch, wandernd, taub, Ameisenlaufen, prickelnd, bohrend, ausstrahlend nach, o.a.)

a)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

b)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

c)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

d)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

Bei weiteren bitte Rückseite verwenden

5. Fragen zur Geburt

a) die Geburt war

- leicht
- schwierig
- normal (vaginal spontan)
- Kaiserschnitt
- Saugglocke
- Zange

b) Wie viele Stunden nach der ersten Wehe? _____

c) Einsatz von Medikamenten zur Geburt:

- Wehen fördernde Medikamente
- Wehen hemmende Medikamente
- Sonstige: _____

d) Geburtslage des Kindes: _____

e) Hatte Ihr Kind während der Geburt:

- Atemhemmungen (blaue Hautfarbe)
- Gelbsucht (Ikterus)

f) Was ist sonst noch über die Geburt Ihres Kindes bekannt?

6. Hat oder hatte Ihr Kind Milchschorf oder Windelsoor?

- ja
- nein

7. Leidet es an Konzentrationsmangel?

- ja
- nein

8. Wie kommt es mit seinen Geschwistern zurecht?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

9. Wie kommt es mit anderen Kindern zurecht?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

10. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Scharlach
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Windpocken
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Paratyphus
- Typhus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Hepatitis A/B/C
- Borreliose
- Malaria
- Ruhr (Amöben, Salmonellen)
- Tuberkulose
- Tropenkrankheiten
- Geschlechtskrankheiten

Sonstiges:

11. Wogegen wurde Ihr Kind geimpft?

- | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> FSME (Zecken) | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Rotavirus |

Sonstiges:

11.a) Wann war die letzte Impfung?

12. Ist Ihr Kind jemals von Parasiten befallen worden?

- | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Würmer | <input type="checkbox"/> Zecken | <input type="checkbox"/> Läuse | <input type="checkbox"/> Flöhe | <input type="checkbox"/> Krätze | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|

13. Hatte oder hat Ihr Kind Hautausschläge oder Krankheiten, die mit Hautausschlägen verbunden sind?

- nein ja

- Wenn ja, wo?

- Wie sieht der Ausschlag aus?

z.B. schuppig, trocken, nässend, klebrig, rissig, sich ausbreitend, flächig, begrenzt, erhaben, entzündet, Farbe

- Wie fühlt sich der Ausschlag an? z.B. juckend, heiß, brennend, schmerzhaft, etc.

- Wodurch besser, wodurch schlechter? z.B. Hitze, Kälte, Wasser, etc.

- Sonstige Hauterkrankungen: z.B. Pickel, Mitesser, Warzen, Herpes, Furunkel

14. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind Allergien? z.B. Pollen, Medikamente, Hausstaub, Tierhaare, Lebensmittel, etc.

- nein ja

Wenn ja, welche?

15. Welche Organerkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht?

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Stirnhöhlen | <input type="checkbox"/> Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Lymphsystem | <input type="checkbox"/> Lunge |
| <input type="checkbox"/> Bronchien | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Milz | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Eierstöcke | <input type="checkbox"/> Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Brustdrüse |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Nägel | <input type="checkbox"/> Muskeln | <input type="checkbox"/> Gefäße | <input type="checkbox"/> Knochen |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Drüsen | <input type="checkbox"/> Genitalien | <input type="checkbox"/> Nerven | <input type="checkbox"/> Blut |
| <input type="checkbox"/> Gemüt | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> Haut | | | |

Genauere Bestimmung: z.B. Asthma, TBC, Krebserkrankungen, Geschwüre, Gelbsucht, Gallensteine, Nierenentzündung, Nierensteine, Diabetes, Bluthochdruck, Krampfadern, Anämie, Rheuma, Gicht, Warzen, Herpes, etc.

16. Welche Erkrankungen in Ihrer Familie (nahe Verwandtschaft) sind Ihnen bekannt?

z.B. Krebs, TBC, Geisteskrankheiten, Süchte, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Rheumatismus, MS, Steinkrankheiten (z.B. Nieren od. Gallensteine), chron. Bronchitis, etc.

Welche? Wer?

17. Wurden Operationen vorgenommen?

nein

ja

Wenn ja, welche?

18. Gab es Unfälle mit Verletzung/Schreck/Schock?

z.B. Geburtsverletzungen, Gehirnerschütterungen, Knochenbrüche, Kriegsverletzungen, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, etc.

Welche? Wann?

19. Hatte Ihr Kind Vergiftungen oder war/ist es giftigen Stoffen ausgesetzt?

z.B. verdorbene Lebensmittel, Chemikalien, Schwermetalle, Dämpfe, etc.

nein

ja

Wenn ja, welche?

20. Die Zähne sind:

gesund

sanierungsbedürftig

saniert

kariös

saniert mit Wurzelfüllung

Zahnstein

Fehlende/zerstörte Zähne:

Material des Zahn-

oben rechts: 1 2 3 4 5 6 7 oben links: 1 2 3 4 5 6 7

ersatzes/

unten rechts: 1 2 3 4 5 6 7 unten links: 1 2 3 4 5 6 7

Füllungen:.....

21. Hatte Ihr Kind unmittelbar vor seinen jetzigen Beschwerden irgendeine Erkrankung?

z.B. Erkältung, Fieber, Unfall, medikamentöse Behandlung, Zeckenbiss, etc.

nein

ja

Wenn ja, welche?

22. Hatte Ihr Kind in jüngerer Zeit Kummer, Trauer, Schreck oder eine andere emotionale Belastung?

z.B. Streit, Ärger in der Schule, Unfall, ernste Erkrankung in der Familie, Haustier verstorben/entlaufen etc.

nein

ja

Wenn ja, welche?

23. Schlaf

23. a) Ihr Kind schläft:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | <input type="radio"/> ruhig | <input type="radio"/> unruhig | <input type="radio"/> kann nicht einschlafen | <input type="radio"/> kann nicht durchschlafen |
| <input type="radio"/> schwitzend | <input type="radio"/> aufschreiend | <input type="radio"/> flach | <input type="radio"/> hochliegend | <input type="radio"/> sitzend | <input type="radio"/> kniend |
| <input type="radio"/> ausgestreckt | <input type="radio"/> zusammengerollt | <input type="radio"/> zugedeckt | <input type="radio"/> abgedeckt | <input type="radio"/> auf dem Bauch | <input type="radio"/> auf dem Rücken |
| <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> redet im Schlaf | <input type="radio"/> Zähneknirschen | <input type="radio"/> kalte Füße | <input type="radio"/> Füße herausgestreckt |

Anmerkungen/Sonstiges:

23.b) Ihr Kind schläft durch?

ja

nein

wacht von alleine auf /wird geweckt um ca.

Uhr

23.c) Fragen zu nächtlichen Träumen:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> keine Träume | <input type="radio"/> Alpträume | <input type="radio"/> wiederkehrende Träume | <input type="radio"/> sehr bildhafte Träume | <input type="radio"/> verwirrte Träume | <input type="radio"/> Tagträume |
|------------------------------------|---------------------------------|---|---|--|---------------------------------|

Traum inhalte:

23.d) Kommt Ihr Kind nachts zu Ihnen ins Bett?

ja

nein

falls ja: um wie viel Uhr ?

24. Wie verträgt Ihr Kind im Allgemeinen:

- | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| feuchte Kälte | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | trockene Kälte | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |
| feuchte Wärme | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | Hitze | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |
| kalte trockene Luft | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | warmer Wind /Föhn | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |
| Sonne | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | kalter Wind | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |
| Sturm | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | Gewitter | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |
| Nebel | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht | Zugluft | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> schlecht |

25. Ist Ihr Kind druck- oder berührungsempfindlich?

nein

ja

Wenn ja, wogegen? Wo?

- Hartliegen Anschlagen Anfassen Massieren enge Kleider Sonstiges
 am Hals an der Brust an der Taille an den Händen an den Füßen an den Genitalien
 an den Gelenken an Wunden Sonstiges:

26. Wärmeregulation

26. a) Hat Ihr Kind:

- kalte Hände kalte Füße ein Fuß warm, ein Fuß kalt warme Hände warme Füße allg. Hitzegefühl
 allg. Kältegefühl Fieberneigung Hitzewallungen Schweißneigung

26. b) Hat es derzeit Fieber?

Wie hoch, mit Schweiß, ohne Schweiß, Schüttelfrost:

27. Schweißneigung:

26 a) Ihr Kind schwitzt hauptsächlich:

- stark wenig gar nicht schnell bei Aufregung nur nachts im Schlaf

27. b) Hauptsächlich wo?

- Kopf Hinterkopf Stirn Gesicht Brust Achseln
 Hände Füße Nacken Rücken Genitalien

27. c) Der Schweiß ist:

- warm kalt klebrig übelriechend unangenehm Juckreiz verursachend
 Hautrötung verursachend Wäsche verfärbend erleichternd erschöpfend Sonstiges:

28. Neigt Ihr Kind zu Schwindel?

nein

ja

Wenn ja, wann tritt der Schwindel auf?

29. Ernährung:

9

29. a) Leidet Ihr Kind unter:

Übelkeit Erbrechen Sodbrennen Magendruck Magenschmerzen Bauchweh

Durchfall Blähungen Aufstoßen Sonstiges:

- Wann treten die Beschwerden auf?

Bei Schmerzen: Wo sitzen die Schmerzen, wohin strahlen sie aus?

29. b) Wie ist der Appetit Ihres Kindes im Allgemeinen?

normal gut Heißhunger schlecht Ekel vor dem Essen

29. c) Gegen welche Nahrungsmittel hat es eine Abneigung?

29. d) Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein

ja

Wenn ja, welche?

29. e) Ihr Kind hat am ehesten Verlangen nach:

Süßem Saurem Scharfem Fettigem

29. f) Welche Nahrungsmittel oder Genussmittel isst/trinkt Ihr Kind besonders gern oder hat Heißhunger danach? z.B. Brot, Fleisch, Fisch, Käse, Kohl, Milch, Butter, Bier, Wein, Tee, Kaffee, Nikotin, etc.

29. g) Das Trinkbedürfnis/Durst ist:

- normal
 groß
 gering
 auf Warmes
 auf Kaltes
 nachts

Anmerkungen/Sonstiges:

30. Verdauung/Ausscheidung: Wie ist der Stuhlgang Ihres Kindes?

- tägl. mehrmals
 täglich einmal
 alle ___ Tage
 morgens
 nachts
 Sonstiges
- Neigung zu Verstopfung
 Neigung zu Durchfall
 Würmer
 Hämorrhoiden
- hell
 hart
 dunkel
 fettig
 schleimig
 blutig
- übelriechend
 knollig
 trocken
 schafkotartig
 bleistiftdünn
 dünnflüssig
- breiig
 wässrig
- schmerzhaft
 drängend
 Drang ohne Erfolg
 dranglos
 krampfartig
 stechend
- wundmachend
 zurück-schlüpfend
 kann nicht halten

Anmerkungen/Sonstiges:

31. Harnentleerung

- normal
 langsam
 schnell
 Blasenschwäche
 viel
 wenig
- häufig
 hell
 dunkel
 klebrig
 übelriechend
- schmerzhaft
 kann ihn nicht halten/spont. Harnabgang
 Gefühl von Restharn

Anmerkungen/Sonstiges:

32. Seelische Befindlichkeit

32. a) allgemeine Stimmungslage Ihres Kindes ist:

- traurig
 depressiv
 ängstlich
 euphorisch
 gleichgültig
 verwirrt
- vergesslich
 einsam
 isoliert
 unverstanden
 ungerecht behandelt
 zu Tränen geneigt
- nervös
 hysterisch
 aggressiv
 wütend
 impulsiv
 misstrauisch
- hilflos
 Sonstiges:

