

Fragebogen für ausführliche Beratung

Kinder

Name

Geburtsdatum

Tel.Nr.

Beschwerden:

Was?

Wo?

Wie?

Wann?

Wodurch besser/schlechter?

Ziel

Bereits durchgeführte Behandlungen

Durchgemachte Erkrankungen, Antibiotika?

Bekannte aktuelle Diagnosen

Verletzungen/ Operationen

Impfungen

Allergien/Unverträglichkeiten

Derzeitige Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel:

Besondere Erkrankungen und Allergien in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern,...)

Besonderheiten in Schwangerschaft

Geburt: termingerecht?, Art, Verlauf, Komplikationen

Größe und Gewicht bei der Geburt:

aktuell (ca.):

Befinden nach der Geburt: Mutter und Kind

Stillen?

Gelbsucht nach der Geburt?

Schluckauf, Aufstoßen

Hautrötungen, Milchschorf?

Verklebte Augen, verstopfte Nase?

Haarwuchs, Nagelwachstum: kräftig, spärlich, brüchig, splitternd, Haarausfall?

Zähne: Zahnung, Zähneknirschen, Karies?

Typische Mahlzeiten: wann und was?

Frühstück:

Vormittag:

Mittag:

Nachmittag:

Abends:

Trinken: was und wie viel über den Tag verteilt?

Vorlieben/Abneigungen von Speisen und Getränken

Verdauung, Harnlassen: Wann, wie oft?

Breiiger/weicher/kompakter/fester/harter Stuhl?

Leicht/mittelschwer/schwer zu säubern?

Schlaf: Wann, Ein-/Durchschlafen, Lage, Schlafqualität

Tagesablauf, TV-/Medienkonsum

Wärme/Kälteempfinden

Schwitzen

Empfindlichkeit auf äußere Einflüsse: Wetter, Mond, Geräusche/Lärm, Gerüche, ...

Verlangen nach Bewegung/Frischluft?

Ängste

Ärger/Eifersucht

Umgang mit Kummer und Trost

Konzentration, Gedächtnis

Charaktereigenschaften

Familien-/Wohnsituation

Prägende Lebenssituationen

Sonstige wichtige Informationen: