

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in der Praxis für BioLOGISCHE Medizin und
Microkinesitherapie

Nachfolgend einige Punkte, um deren Beachtung ich bitte:

Ich nehme mir viel Zeit für Sie und Ihre Anliegen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen unbedingt **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen berechne ich eine Ausfallpauschale gemäß beiliegender Behandlungsvereinbarung.

Damit ich mich auf Sie und Ihr Kind vorbereiten kann, wäre es gut, wenn Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, die Datenschutzerklärung und die Behandlungsvereinbarung spätestens drei Tage vor Ihrem Ersttermin zukommen lassen.

Falls Sie den Übermittlungsweg per E-Mail wählen, geschieht dies in der Kenntnis, dass die Daten nicht verschlüsselt übertragen werden.

Es ist kein Problem, wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, lassen Sie die entsprechenden Felder frei. Am Termin ist ausreichend Raum dafür.

Bitte legen Sie, falls vorhanden, Laborbefunde bzw. sonstige Befundberichte bei.

Ich freue mich, Sie und Ihr Kind als Neupatient(in) begrüßen zu dürfen.

Sabine Hirschauer



Kinder Aufnahme – Fragebogen

Datum: _____

Name Kind: _____ Vorname Kind: _____

Eltern / Sorgeberechtigt: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag Kind: _____

Telefon: _____ Sonstige Tel: _____

Kind versichert bei: _____ (zutreffendes bitte einkreisen):

gesetzlich (Selbstzahler)

privat

gesetzlich mit Zusatzversicherung

Beihilfe

Kasse / Tarif: (bei Zusatz- oder Privatversicherung) _____

Email: _____

Beruf Eltern: _____

Arbeitgeber: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Soziales Umfeld: _____
(lebt mit einem, beiden Elternteilen, mit Großeltern, Geschwistern, Patchwork ect.)

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Zahnarzt _____

Sonst. Therapeut, Heilpraktiker usw. _____

Wer hat mich empfohlen? _____



Fand innerhalb der letzten drei Monate eine Behandlung bei einer der oben genannten Berufsgruppen statt? Ja Nein

Datum: _____

Grund der Behandlung: _____

Gehen Sie mit Ihrem Kind zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen? Ja Nein

Wurde bei Ihrem Kind jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Ja Nein

Krebs

Herzprobleme

Hoher Blutdruck

Asthma

Diabetes Typ I oder Typ II

Thrombose

Schlaganfall

Magengeschwüre

Nierenerkrankungen

Leberfunktionsstörungen

Autoimmunerkrankung z.B. Multiple Sklerose?

Andere: _____

Entzündliche Gelenkerkrankungen

Bandscheibenvorfall

Knochenbrüche / Bandverletzungen

Darmerkrankungen/Darmverschluss/Divertikel

Allergische Reaktionen / Allergischer Schock

Anfallsleiden / Epilepsie

Depressionen

Posttraumatische Belastungsstörung

Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten anderen Substanzen

Hat Ihr Kind geäußert, nicht mehr Leben zu wollen?

Stress (in Kiga, Schule / zu Hause)



	Ja	Nein
Akute Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie als Eltern neu oder ungewöhnlich sind:

	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Gewichtsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fieber, Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- oder Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unerklärliche blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Regelmäßiger Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arm-Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzstolpern/Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verstopfung/Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mögliche Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Anleitung: Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Welche/n Kindergarten oder Schule besucht Ihr Kind?

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind (die drei Hauptbeschwerden) Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

- 1.
- 2.
- 3.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Ortswechsel, etc.

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

Eltern:

Großeltern:



Geschwister:

Historie

Besonderheiten zur Empfängnis? natürlich, Kinderwunschlinik, IVF

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Lebensveränderungen, starke Erschöpfung, starker Eisenmangel, drohende Früh- Fehlgeburt, etc., Stress der Mutter, Unfälle

Wie war die Geburt?

Dauer, Komplikation, Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Spätgeburt

Besonderheiten nach der Geburt?

Kinderklinik? Anpassungsstörungen? Antibiose?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? Angabe in Monaten

Beikostbeginn?

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

Laufen?

Sprechen?

war es trocken?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Keuchhusten, HiB, Pneumokokken, Meningokokken, Windpocken



Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.
Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Impetigo Contagiosa
Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt?
Gibt es Allergien? Pollen / Tiere Nahrungsmittel

Kopf

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen? Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptsregion, morgens oder abends, halbseitig – links – rechts – doppelseitig – wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links Unter welchen Umständen?	
Was verbessert?	Was verschlechtert?



Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann	Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Sehstörungen, hängende Lider, Schielen, Hornhautverkrümmung
Ohren links / recht / beidseitig – Mittelohrentzündung, Operation mit Röhrrchen, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Gleichgewichtsstörungen	
Zähne/Kiefer -bitte zutreffendes ankreuzen Beschwerden bei der Zahnung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Häufige Zahnarztbesuche <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Erschwerter Durchbruch der (Weisheits)zähne <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Zahnfüllungen Hat Ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material? <input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Kunststoff <input type="radio"/> Gold <input type="radio"/> Keramik	
Nase Operationen, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich	Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen links, rechts, eitrig mit oder ohne Fieber



Brust und Bauch, Niere

Lunge häufig Bronchitis, akuter oder chronischer Husten, Lungenentzündung, Asthma	Magen Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Speikind, Schmerzen, Unverträglichkeit von Fett, Eiweiß, Milch, Zucker, Erbrechen
Darm Schmerzen, Blinddarmoperation, Blähungen	Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, hält Stuhl zurück
Blase/Niere War oder ist Ihr Kind ein Bettnässer? Nieren- oder Blasenentzündung?	Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten brennen

Allgemeines

Gewicht:	Körpergröße:
Trinken Ihr Kind Alkohol?	Nimmt Ihr Kind Drogen / Stimulanzien?
Wie viel Liter und was trinkt Ihr Kind pro Tag?	



Haut/Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägelkaugen, Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte

Narben

Hat Ihr Kind durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Tragen Sie bitte auf der Skala die angenommene Schlafqualität Ihres Kindes ein.

Keine Erholung

größte vorstellbare Erholung

| _____ |

Schlafzeit

übliches zu Bett gehen, übliches Aufstehen

Familienbett, schläft alleine? mit Geschwistern?

Ängste

Ist Ihr Kind ängstlich? Hat es Angst vor der Dunkelheit, nachts, vor dem Alleinsein, vor Tieren etc.

Tragen Sie bitte auf der Skala die angenommene Ausprägung der Angst, des Kammers ein

Keine Angst / Kummer

größte vorstellbare Angst / Kummer

| _____ |



Leistungsfähigkeit Müdigkeit, Konzentration, Leistungsbereitschaft

Tragen Sie bitte auf der Skala die angenommene Energiestufe Ihres Kindes ein.

Keine Energie

größte vorstellbare Energie



Mädchen

Brust Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis, etc.

Unterleib / Geschlechtsorgane
Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabung, Fehlgeburt, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.

Menstruation In welchem Alter war die erste Menses? Zyklus regelmäßig?

Beschwerden vor/ nach / während der Regel

Bitte Beschwerden kurz beschreiben

Jungen

Hodenhochstand? Operationen?
Entzündungen, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

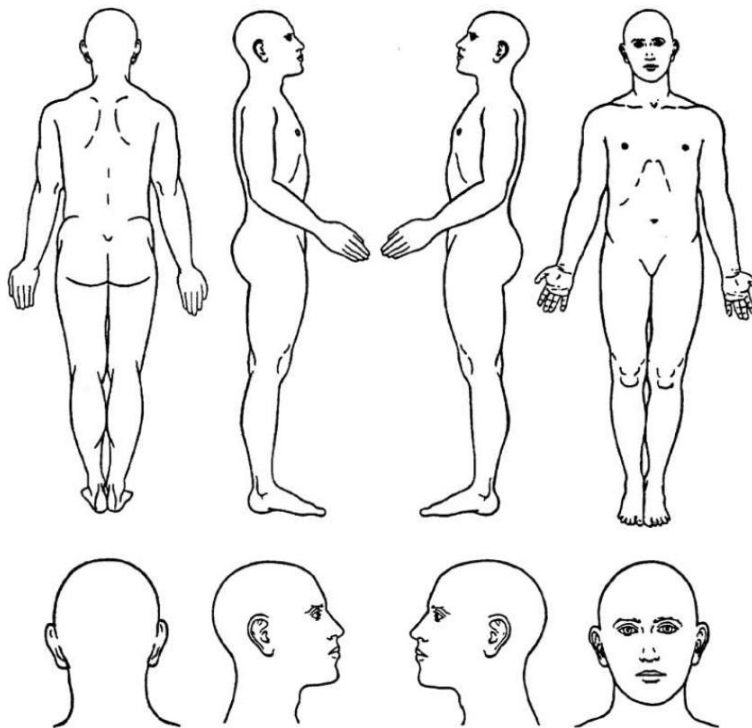
Sonstiges?



Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen



Ernährung

Essen Sie in Ihrer Familien nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten? Welche?	Besteht bei ihrem Kind eine Laktose, Fruktose- oder Glutenunverträglichkeit?
Welche Lebensmittel verträgt Ihr Kind nicht?	Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung? Für welche Lebensmittel besteht eine Vorliebe?
Hat Ihr Kind häufig Heißhunger? Wenn ja, wann?	Fühlt sich Ihr Kind nach den Mahlzeiten müde, abgeschlagen, aufgebläht oder schwer?



Bitte notieren Sie, welche Lebensmittel Ihr Kind vorgestern und gestern gegessen hat

	Vorgestern	Gestern
Morgens Uhrzeit		
Mittags Uhrzeit		
Abends Uhrzeit		
Zwischenmahlzeiten Uhrzeit		



Welche Medikamente und / oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit regelmäßig ein?

Bei Hautproblemen – welche Körperpflegeprodukte werden verwendet?

Arzneimittel	Dosierung	Seit wann?

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie stichwortartig und mit Jahreszahl alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat. Hier können Sie auch Ereignisse auflisten, die Ihrer Meinung nach als Auslöser / Ursache der derzeitigen Gesundheitsbeschwerden eine Rolle spielen.



Haben Sie ergänzende Anmerkungen, die für Sie wichtig sind?