

Patientenfragebogen Kind

Persönliche Daten der Mutter

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Persönliche Daten des Vaters

(Anschrift nur auszufüllen, wenn sie von der Anschrift der Mutter abweicht)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Woher kennt Ihr unsere Praxis?

Persönliche Daten des Kindes

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Anzahl der Geschwister: _____

wohnt bei: Mutter Vater beiden

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtsgröße: _____ cm

Aktuelles Gewicht: _____ g

Aktuelle Größe: _____ cm

Unser Kind hat keine Beschwerden. Wir sind aus prophylaktischen Gründen hier.

Unser Kind hat nachfolgende Hauptbeschwerden (bitte nach Priorität angeben)

1. _____

2. _____

3. _____

Die **erste** Hauptbeschwerde ist

akut seit ___ Tagen ___ Wochen chronisch seit ___ Monaten ___ Jahren

Die **zweite** Hauptbeschwerde ist

akut seit ___ Tagen ___ Wochen chronisch seit ___ Monaten ___ Jahren

Die **dritte** Hauptbeschwerde ist

akut seit ___ Tagen ___ Wochen chronisch seit ___ Monaten ___ Jahren

Wurden bereits Behandlungen wegen der Hauptbeschwerden durchgeführt?

Erste Hauptbeschwerde Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Zweite Hauptbeschwerde Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Dritte Hauptbeschwerde Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Wie stark belastet das Problem/Schwierigkeit die Familie derzeit?

gar nicht gering mittelstark sehr stark

Entwicklungsverlauf - Schwangerschaft und Geburt

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?

Ja Nein Wenn ja, welche? IVF ICSI Andere: _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Ja Nein Wenn ja, welche? Blutungen Schwangerschaftserbrechen Erhöhter Blutdruck geschwollene Beine (Ödeme) Eiweiß im Urin Stress oder seelische Belastung Unfälle / Krankenhausaufenthalte Operationen Infektionskrankheiten (Grippe, Fieber) vorzeitig einsetzende Wehen Andere: _____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente genommen?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?

Ja Nein Wenn ja, welche: Langandauernde Geburt Langandauernde Presswehen Blasensprung oder Fruchtwasserabgang länger als 6 Std. vor Geburt Nabelschnurvorfall schlechte Herztöne des Kindes Zangengeburt Kaiserschnitt Saugglocke Falsche Lage des Kindes (z.B. Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage)

Bestand eine Zwilling- oder Mehrlingsschwangerschaft?

Ja Nein Wenn ja, war das Kind der erste Zwilling der zweite Zwilling

Wurde Euer Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?

Ja Nein Wenn ja, warum? _____

Ließ Euer Kind Körperkontakt zu? Ja Nein

Ließ sich Euer Kind durch Körperkontakt beruhigen? Ja Nein

Ernährung im Säuglingsalter Brust Flasche / Produkt: _____

Gab es Besonderheiten beim Essen?

- Lange Fütterungsdauer Abneigung gegen Speisen Welche? _____
- vermehrtes Speicheln Abneigung gegen feste Kost Erbrechen / Würgen
- Nahrungsverweigerung Saug-, Schluck- oder Kaustörungen
- Andere Auffälligkeiten: _____

Traten in den ersten Lebenswochen folgende Probleme / Störungen auf? Wenn ja, wie belastend waren diese Vorfälle für Euch als Eltern?

Problem / Störung	Ja	Nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	gering	mittelstark	sehr stark
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fütterstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhaltendes Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Hebamme / Geburtshelfer:

Kinder-/ Familienarzt:

Welche Impfungen wurden bei Eurem Kind durchgeführt?

- Weiß ich nicht
- Rotaviren Tetanus Diphterie Pertussis H. influenzae Typ B Polyomyelitis
- Hepatitis A Hepatitis B Pneumokokken Meningokokken C Masern
- Mumps, Röteln Varizellen HPV Herpes zoster Influenza FSME

Traten dabei Nebenwirkungen / Komplikationen auf?

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Welche Kinderkrankheiten hat Euer Kind durchgemacht?

- Masern Mumps Keuchhusten Röteln Scharlach Windpocken

Wie oft hat Euer Kind Antibiotika erhalten?

In den letzten 6 Monaten: _____ Im Laufe des Lebens: _____

Entwicklungsbereiche

Wurde die Sehfähigkeit Eures Kindes überprüft?

Ja Nein Wenn ja, wann und von wem? _____

Trägt Euer Kind eine Brille?

Ja Nein Weitsichtigkeit Dioptrienzahl R: __L: __ Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl R: __L: __

Wurde eine Schielbehandlung durchgeführt?

Ja Nein Sonstiges: _____

Wurde die Hörfähigkeit Eures Kindes überprüft?

Ja Nein Wenn ja, wann und von wem? _____

War der Befund auffällig? Ja Nein

Wenn ja, welcher Befund: Paukenergüsse Mittelohrentzündungen Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung Sonstiges: _____

Wie viele Stunden schläft Euer Kind nachts?

Anzahl Stunden: _____ Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Sauberkeit

Kotet Euer Kind tagsüber ein? Ja Nein

Wenn ja, wie oft: _____ Tage / Woche _____ Tage / Monat _____ Mal / Tag

Kotet Euer Kind nachts ein? Ja Nein

War Euer Kind schon einmal sauber? Ja Nein Wenn ja, wann: _____

Nässt Euer Kind tagsüber ein? Ja Nein

Wenn ja, wie oft: _____ Tage / Woche _____ Tage / Monat _____ Mal / Tag

Nässt Euer Kind nachts ein? Ja Nein

War Euer Kind schon einmal trocken? Ja Nein Wenn ja, wann: _____

Stuhlgang

täglich jeden zweiten Tag seltener

unauffällig häufig weich neigt zu Verstopfung neigt zu Durchfall

Zeigt Euer Kind Auffälligkeiten im Sozialverhalten?

häufig zornig häufig weinerlich häufig überdreht häufig ängstlich

aggressive Verhaltensweisen gegenüber: _____

Wie viel Zeit verbringt Euer Kind täglich vor dem TV / PC / Handy?

TV Anzahl Stunden: _____ PC Anzahl Stunden: _____ Handy Anzahl Stunden: _____

Baby (0 bis 1 Jahr)

- kann das Köpfchen nicht halten hat eine Liegeglatze Pofalte ist schief
- Rücken überstreckt sich stark zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)
- dreht sich überwiegend in eine Richtung liegt nur auf dem Bauch
- hat Blähungen / Koliken schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinanderfolgenden Tagen)

Kleinkind (1 bis 6 Jahre)

- hat das Krabbeln ausgelassen Zehenspitzenläufer häufige Ohren- und Naseninfektionen
- Hat mit 18 Monaten oder später Laufen gelernt Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe
- hat Schwierigkeiten im Umgang mit Stift oder Schere hat Schwierigkeiten beim Ballfangen
- hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen Lutscht noch am Daumen (nach dem 5. Lj.)
- Schwierigkeiten beim Radfahren hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen

Schulkind (ab 6 Jahre)

- Leseschwierigkeiten Schreibschwierigkeiten Rechenschwierigkeiten
- Konzentrationsschwierigkeiten Unruhe Wahrnehmungsstörungen
- Probleme im Sportunterricht Reiseübelkeit
- Trägt eine Zahnspange Seit wann? _____
- Ist nicht in die Klassengemeinschaft integriert Warum nicht? _____

Wie oft isst Euer Kind:	täglich	mehrmals pro Woche	eher selten/nie
Obst/Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Kantinen/Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen/Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade/Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse, Kerne, Samen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Wasser trinkt Euer Kind pro Tag?

- < 500 ml 500 ml – 1 L > 1 L kann ich nicht einschätzen

Treibt Euer Kind Sport?

