

Patientenfragebogen Kind

Liebe Eltern, wir freuen uns sehr, dass Ihr Euch die Zeit nimmst, unseren Patientenfragebogen auszufüllen. Das hilft uns sehr dabei, ein möglichst genaues Bild vom Zustand Eures Kindes zu bekommen. Das Ergebnis unserer Auswertung wird ausführlich mit Euch besprochen und bildet eine wesentliche Grundlage für die weitere Diagnostik und Deine Behandlung. **Vielen Dank. Dein Chiropraktik Dr. Aidan Hogan – Team**

Persönliche Daten der Mutter

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Tel.	

Persönliche Daten des Vaters (Anschrift nur ausfüllen, wenn sie von der Anschrift der Mutter abweicht)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Tel.	

Persönliche Daten des Kindes (Anschrift nur ausfüllen, wenn sie von der Anschrift der Mutter abweicht)

Name, Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Wohnt bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide
Geburtsgewicht:g	Geburtsgröße:cm	Anzahl der Geschwister:
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. <input type="checkbox"/> akut seit <input type="checkbox"/> chronisch seit	2. <input type="checkbox"/> akut seit <input type="checkbox"/> chronisch seit
	3. <input type="checkbox"/> akut seit <input type="checkbox"/> chronisch seit	4. <input type="checkbox"/> akut seit <input type="checkbox"/> chronisch seit

Wurden bereits Behandlungen wegen der Hauptbeschwerden durchgeführt?	Erste Hauptbeschwerde	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
	Zweite Hauptbeschwerde	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
	Dritte Hauptbeschwerde	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Wie stark belastet das Problem/ Schwierigkeit die Familie derzeit?	<input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> mittelstark <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> gar nicht		

Entwicklungsverlauf- Schwangerschaft und Geburt

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI Andere:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es Besonderheiten bei der Mutter in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Schwangeschaftserbrechen <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Geschwollene Beine (Ödeme) <input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin <input type="checkbox"/> Stress oder seelische Belastung <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Unfälle/ Krankenhausaufenthalte <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Grippe, Fieber) <input type="checkbox"/> vorzeitig einsetzende Wehen <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Nein
Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente genommen?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> langandauernde Geburt <input type="checkbox"/> Langandauernde Presswehen <input type="checkbox"/> Blasensprung oder Fruchtwasserabgang länger als 6 Std. vor Geburt <input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal <input type="checkbox"/> schlechte Herztöne des Kindes <input type="checkbox"/> Zangengeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Falsche Lage des Kindes (z.B. Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage)	<input type="checkbox"/> Nein
Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, das Kind war <input type="checkbox"/> der erste Zwilling <input type="checkbox"/> der zweite Zwilling	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde Euer Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?	<input type="checkbox"/> ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein
Ließ Euer Kind Körperkontakt zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ließ Euer durch Körperkontakt beruhigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ernährung im Säuglingsalter	<input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Flasche/ Produkt.....	<input type="checkbox"/> Nein

Gab es Besonderheiten beim Essen?	<input type="checkbox"/> Lange Fütterungsdauer <input type="checkbox"/> vermehrtes Speicheln <input type="checkbox"/> Abneigung gegen Speisen, welche? <input type="checkbox"/> Abneigung gegen feste Kost <input type="checkbox"/> Erbrechen/ Würgen <input type="checkbox"/> Nahrungsverweigerung <input type="checkbox"/> Saug-, Schluck- oder Kaustörung <input type="checkbox"/> Andere Auffälligkeiten.....	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------	---	-------------------------------

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

	Belastungsstärke					
	<input type="checkbox"/> Ja/	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelstark	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> Nein
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"/>
Schlafstörung	<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 die Eurem Kind durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Diphterie <input type="checkbox"/> H. influenzae Typ B <input type="checkbox"/> Polyomyelitis <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Meningokokken C <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps, Röteln <input type="checkbox"/> Varizellen <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Herpes zoster <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> FSME. <input type="checkbox"/> SARS Cov2	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht	
Traten dabei Nebenwirkungen/ Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein

Wie oft hat Euer Kind Antibiotika erhalten?

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

Entwicklungsbereiche

Wurde die Sehfähigkeit Eures Kindes überprüft?	<input type="checkbox"/> ja, wann und von wem?	<input type="checkbox"/> Nein
Trägt Euer Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit Dioptrienzahl R:.... L:.... <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl R:.... L:....	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Schielbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Hörfähigkeit Eures Kindes überprüft?	<input type="checkbox"/> ja, wann und von wem?	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Hörfähigkeit Eures Kindes überprüft?	<input type="checkbox"/> ja, wann und von wem?	<input type="checkbox"/> Nein
War der Befund auffällig?	<input type="checkbox"/> ja, welcher Befund? <input type="checkbox"/> Paukenergüsse <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung <input type="checkbox"/> Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Kotet Euer Kind tagsüber ein?	<input type="checkbox"/> ja, wie oft?Tage/ WocheTage/ MonatMal/ Tag	<input type="checkbox"/> Nein
Kotet Euer Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
War Euer Kind schon einmal sauber?	<input type="checkbox"/> ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein
Nässt Euer Kind tagsüber ein?	<input type="checkbox"/> ja, wie oft?Tage/ WocheTage/ MonatMal/ Tag	<input type="checkbox"/> Nein
Kotet Euer Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
War Euer Kind schon einmal trocken?	<input type="checkbox"/> ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein

Stuhlgang

<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> jeden zweiten Tag	<input type="checkbox"/> seltener
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> häufig weich	<input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall

Zeigt Euer Kind Auffälligkeiten im Sozialverhalten?

<input type="checkbox"/> häufig zornig	<input type="checkbox"/> häufig weinerlich	<input type="checkbox"/> häufig überdreht.	<input type="checkbox"/> häufig ängstlich
<input type="checkbox"/> aggressive Verhaltensweisen gegenüber:.....			

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

<input type="checkbox"/> TV Anzahl Stunden:.....	<input type="checkbox"/> PC Anzahl Stunden:.....	<input type="checkbox"/> Handy Anzahl Stunden:.....
--	--	---

Baby

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

Kleinkind

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

Schulkind (ab 6 Jahre)

<input type="checkbox"/> Leseschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Schreibschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Rechenschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörungen
<input type="checkbox"/> Probleme im Sportunterricht	<input type="checkbox"/> Reiseübelkeit	<input type="checkbox"/> Trägt eine Zahnspange
<input type="checkbox"/> Ist nicht in die Klassengemeinschaft integriert		
Seit wann?		Warum nicht?

Medikamente und Vorerkrankungen

Nimmt Euer Kind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Euer Allergien/ Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten, Nahrungsmitteln oder sonstigen Substanzen?	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Hatte Euer Kind schon einmal eine Gehirnerschütterung oder ein Schleudertrauma?	<input type="checkbox"/> Wenn ja Wann? Was ist passiert? Hast Du Dich davon erholt?	<input type="checkbox"/> Nein

Wurde Euer Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> Ja Art des Eingriffes? 1. wann? 2. wann? 3. wann? 4. wann? Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein
--	--	-------------------------------

Wurde bei Eurem Kind schon mal eine Ausleitung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja Wann? Präparat? Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein
--	---	-------------------------------

Wie viel trinkt Euer Kind pro Tag?	<input type="checkbox"/> kann ich nicht einschätzen <input type="checkbox"/> < 1 L <input type="checkbox"/> 1- 2 L <input type="checkbox"/> >2 L
Welche der nachfolgenden Symptome treffen auf Euren Kind zu?	<input type="checkbox"/> Kieferschmerzen <input type="checkbox"/> Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Unser Kind trägt eine Schiene <input type="checkbox"/> Unser Kind kann den Mund nicht richtig öffnen <input type="checkbox"/> Schnappen oder Knacken des Kiefers beim Kauen

Eigenanamnese

Hattet oder hat Euer Kind folgende Erkrankungen?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps (Ziegenpeter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkolose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reisekrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen- und Nierenerkrankungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speiseröhrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Leberwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divertikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallenblasenentzündung/Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschleimhautentzündungen/ Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leisten-, Narben-, Nabelbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabler Dickdarm (Reizdarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochenbruch, welcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose, welche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/ COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen/ allergische Rhinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion/ Hashimoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Basedow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zöliakie (einheimische Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemischer Lupus Erythematoses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitiligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immundefekt - Kinder	Ja	Nein
Erkrankt Euer überdurchschnittlich häufig an Infektionen, z.B. mehr als 2 Lungenentzündungen, 2 schweren Nasennebenhöhlenentzündungen oder mehr als 8 eitrige Mittelohrentzündungen pro Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Euer Kind schon einmal an einer Knochenmarkentzündung, Hirnhautentzündung oder Blutvergiftung erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musst Euer Kind wegen Infektionen meist harmloser Erreger behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musst Euer Kind schon einmal länger als zwei Monate am Stück mit Antibiotika behandelt worden, ohne dass eine Besserung aufgetreten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Euer Kind immer wieder an Abszessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Euer Kind an Pilzbefall der Schleimhäute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Eurem Kind, z.B. nach Impfungen mit nachfolgenden Impfstoffen schwer erkrankt: Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Typhus, BCG (Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind angeborene Immundefekte bei Euren Verwandte ersten Grades bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Euer Kind an starken Rötungen der Hände und Füße, ohne bekannte Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wächst Euer Kind nur sehr zu langsam, nimmt unzureichend an Gewicht zu oder leidet es dauerhaft an Durchfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zähne	Ja	Nein	Ja	Nein
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Metalle	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kronen	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzelbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keramik	<input type="checkbox"/>
Tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brücken	<input type="checkbox"/>
Amalgamfüllungen (Plomben) (Anzahl).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stiftzähne	<input type="checkbox"/>
Goldfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne fehlen (außer Milchzähne)	<input type="checkbox"/>

Krebserkrankungen	Ja	Nein
Bösartig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutartig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welche
		Wenn ja, welche

Allgemeine Befindlichkeit

Wie fühlt sich Euer Kind für gewöhnlich?	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	mäßig <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	sehr schlecht <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

War Euer Kind in der letzten Zeit besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Eltern-Kind-Konflikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tod eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister- Konflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderen Todesfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen im Kindergarten/ Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige seelische Belastungen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Änderungen der Beschwerden Eures Kindes			
	Ja	Nein	
Abhängig vom Aufenthaltsort, z.B. Raum oder Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:
Nach Rückkehr aus dem Urlaub/Wochenende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:
Bei Kontakt mit bestimmten Personen, Gegenständen, Gerüchen, Schadstoffen, Nahrungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:

Welche der nachfolgenden Symptome treffen auf Euer Kind zu?

1 trifft zu

2 trifft eher zu

3 trifft eher nicht zu

4 trifft nicht zu

Glukosestoffwechsel (Hypoglykämie)				
Unser Kind ist reizbar, nervös oder benommen zwischen den Mahlzeiten	1	2	3	4
Unser Kind fühlt sich nach den Mahlzeiten mit Energie versorgt	1	2	3	4
Unser Kind hat morgens Schwierigkeiten zu essen	1	2	3	4
Das Energieniveau unseres Kindes sinkt am Nachmittag	1	2	3	4
Unser Kind wacht immer wieder mitten in der Nacht auf	1	2	3	4
Unser Kind hat Konzentrationsschwierigkeiten vor dem Essen	1	2	3	4

Glukosestoffwechsel (Hyperglykämie/Insulinresistenz)				
Unser Kind ist müde nach den Mahlzeiten	1	2	3	4
Unser Kind hat ein Verlangen nach Zucker / Süßem nach den Mahlzeiten	1	2	3	4
Unser Kind benötigt, z.B. Zucker nach den Mahlzeiten als Energieschub	1	2	3	4
Unser Kind hat Schwierigkeiten beim Einschlafen	1	2	3	4
Unser Kind muss häufiger Wasserlassen	1	2	3	4
Unser Kind hat einen gesteigerten Appetit	1	2	3	4

Orale und Chemikaliertoleranz				
Unser Kind verträgt zunehmend verschiedene Nahrungsmittel nicht mehr, die es bisher problemlos vertragen hat	1	2	3	4
Unser Kind fühlt sich besser, wenn es auf Getreide und/oder Gluten verzichtet	1	2	3	4
Wir ernähren unser Kind 100% glutenfrei	1	2	3	4
Unser Kind reagiert auf unterschiedliche Chemikalien oder Gerüche, z.B. mit Übelkeit, Müdigkeit und/oder Schwindel	1	2	3	4

Erschöpfung und Erholung				
Unser Kind leidet unter anhaltender Erschöpfung	1	2	3	4
Seine/Ihre Erschöpfung wird ausgelöst oder verschlimmert sich bereits durch leichte oder mittlere körperliche oder geistige Belastung	1	2	3	4
Unser Kind leidet unter Kraftlosigkeit/Muskelschwäche	1	2	3	4
Unser Kind muss bereits bei leichter Belastung schwerer Atem als andere Kinder	1	2	3	4
Unser Kind benötigt unangemessen lange Erholungsphasen (>24h) nach einer Belastung, um den Zustand vor der Belastung wieder zu erreichen	1	2	3	4
Unser Kind hat ein übermäßiges Schlafbedürfnis	1	2	3	4
Unser Kind kann oftmals trotz Erschöpfung nicht schlafen	1	2	3	4
Sein/Ihr Schlaf ist nicht erholsam	1	2	3	4

Entzündungen / Infektionen				
Unser Kind hat oft Schmerzen, z.B. in den Muskeln und Gelenken und / oder Kopfschmerzen	1	2	3	4
Unser Kind hat empfindliche Lymphknoten: besonders im Hals-Nacken Bereich und in der Armbeuge	1	2	3	4
Unser Kind hat häufig Halsschmerzen	1	2	3	4
Unser Kind hat häufig grippeähnliche Symptome	1	2	3	4
Unser Kind hat häufig Infektionen im HNO-Bereich, Bronchien und/oder Lungen	1	2	3	4
Unser Kind hat chronische Pilzinfektionen	1	2	3	4
Unser Kind hat häufig Virusinfektionen	1	2	3	4
Unser Kind neigt zu Wundheilungsstörungen	1	2	3	4

ZNS – im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern ...				
hat unser Kind ein schlechtes Kurzzeitgedächtnis	1	2	3	4
ist unser Kind oftmals verwirrt	1	2	3	4
hat unser Kind oftmals Konzentrationsschwierigkeiten	1	2	3	4
hat unser Kind öfter Wortfindungsschwierigkeiten und Wortverwechslungen	1	2	3	4
ist unser zunehmend licht- oder geräuschempfindlich	1	2	3	4
leidet unser Kind zunehmend an Schwindel und Schwäche beim Stehen				

Thermoregulation				
Die Körpertemperatur unseres Kindes schwankt	1	2	3	4
Unser Kind verträgt zunehmend Hitze und Kälte nicht	1	2	3	4
Unser Kind leidet unter Hitzewallungen/episodischem Schwitzen	1	2	3	4

Bitte führt noch einige Tage ein Ernährungstagebuch Eures Kindes und legt uns dieses ebenfalls bei.

....., den
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgerechtsbefugter

....., den
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgerechtsbefugter