

Liebe Eltern,

damit mein Team und ich vom ersten Termin an Ihrem Kind zielgerichtet und effizient helfen können, bitte ich Sie, vor der Terminvereinbarung diesen Fragebogen auszufüllen und per Post an meine Praxis zurückzusenden.

Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Ihre Frau Dr. Heimke

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Angaben zur Mutter:

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Angaben zum Vater bzw. 2. Elternteil:

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Durch Überweisung:

Auf Empfehlung von: _____

Über das Internet/ Ärztebewertungsportale:

Durch die Internetseite der Praxis:

Sonstiges:

Kurze Beschreibung der Beschwerden Ihres Kindes:

Was ist Ihr Anliegen an mich?

**An welchen Krankheiten leidet Ihr Kind?
Seit wann, wie oft, wie lange, bei welchen Gelegenheiten?**

Hauptbeschwerde:

Nebenbeschwerden:

Familiengeschichte Ihres Kindes:

Welche Krankheiten liegen im Familiensystem vor? Neben körperlichen Krankheiten ist auch die Erwähnung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen wichtig. In welchem Lebensalter traten die Erkrankungen erstmals auf und wie alt sind verstorbene Familienmitglieder geworden? Die Fragen beziehen sich auf leibliche Verwandte des Kindes.

Krankheiten/Probleme:

Mutter des Patienten: _____

Großmutter (mütterlicherseits) des Patienten: _____

Großvater (mütterlicherseits) des Patienten: _____

Urgroßeltern (mütterlicherseits) des Patienten: _____

Vater des Patienten: _____

Großmutter (väterlicherseits) des Patienten: _____

Großvater (väterlicherseits) des Patienten: _____

Urgroßeltern (väterlicherseits) des Patienten: _____

Fragen zur aktuellen Familiensituation Ihres Kindes:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? Sind sie gesund oder liegen bei ihnen Krankheiten vor?

An welcher Stelle in der Geschwisterfolge ist das vorgestellte Kind geboren?

Gibt es Früh-/Fehl- oder Totgeburten der Mutter (Schwangerschaftswoche/Todesjahr)?

Wie ist die Beziehungssituation zwischen Ihnen als Eltern?

Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre:

Gab es vor Eintritt der Schwangerschaft einschneidende Erlebnisse im Leben der Eltern?

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt? Sollte es sehr unterschiedliche Empfindungen gegeben haben, schreiben Sie bitte möglichst genau auf, wann Sie sich während der Schwangerschaft wie gefühlt haben.

Haben Sie vor bzw. während der Schwangerschaft und Stillzeit Amalgam-Füllungen getragen? _____

Wurden Medikamente in der Schwangerschaft genommen? (Bitte ggf. auch Nahrungsergänzungsmittel wie z.B. Eisen nennen.)

Wurden Antibiotika unter der Geburt oder in der Schwangerschaft eingenommen? _____

Wie haben Sie die Geburt erlebt? Gab es Abweichungen von einer natürlichen Geburt?

Geburt Ihres Kindes:

Geburtsgewicht: _____ Länge: _____ Schwangerschaftswoche: _____

Gab es nach der Geburt Ihres Kindes Besonderheiten?

(z.B. Atemprobleme, Gelbsucht, besondere Behandlungen durch Hebamme oder Kinderarzt, Trinkprobleme u.s.w.)

Wie haben Sie die ersten drei Monate mit Ihrem Kind in Erinnerung?

Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange und wie war das Abstillen?

Gab es Tageszeiten, die typisch für Probleme waren?

Ab welchem Alter hat Ihr Kind 6 Stunden oder länger am Stück geschlafen? _____

Wann kam der erste Zahn? _____

Wie haben Sie die Zahnung Ihres Kindes erlebt? _____

Hat Ihr Kind gefremdelt? _____

Wann konnte ihr Kind laufen? _____

Wann konnte ihr Kind erste Worte sprechen? Welche Worte waren das (falls erinnerlich)? _____

Wie alt war Ihr Kind als es eine Gemeinschaftseinrichtung das erste Mal besuchte? _____

Wie war die Eingewöhnung in der Einrichtung?

Schulalter, gern mit dem Kind gemeinsam beantworten:

Name der Schule: _____

Geht Ihr Kind gern und problemlos in die Schule oder gibt es Schwierigkeiten, wenn ja, welche?

Wie kommt es mit dem Unterrichtsstoff mit?

In welchen Fächern hat Ihr Kind Stärken? _____

In welchen Fächern gibt es Schwierigkeiten? _____

Wie ist Ihr Kind sozial in der Klasse eingebunden? Hat es Freunde? Wie kommt es mit den Lehrern klar?

Ernährung:

Wie viel und was genau trinkt Ihr Kind täglich?

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

| Werden die folgenden Nahrungsmittel verzehrt? | Wie viel? | Wie oft? |
|---|-----------|----------|
| Zucker | _____ | _____ |
| Milchprodukte | _____ | _____ |
| Weißmehlprodukte | _____ | _____ |
| Süßigkeiten (inklusive Eis) | _____ | _____ |

Was isst es . . .
... zum Frühstück? Wann? _____

... zum Mittagessen? Wann? _____

... zum Abendessen? Wann? _____

Was wird zu eventuellen Zwischenmahlzeiten verzehrt? _____

Auf welche Lebensmittel/Getränke kann Ihr Kind schwer verzichten? _____

Worauf besteht ein besonderes Verlangen beim Essen und Trinken? _____

Was isst Ihr Kind überhaupt nicht? _____

Sind Sie bereit, die Ernährungsgewohnheiten Ihrer Familie mit meiner Hilfe zu verändern, wenn Sie damit zur Heilung beitragen können?

Ausscheidungen:

Wann wurde ihr Kind trocken und sauber? Wie verläuft die Sauberkeitserziehung?

Wie oft hat es Stuhlgang? ____x täglich, ____x wöchentlich.

Welche Konsistenz hat der Stuhl? Wässrig-breigig-geformt-wechselhaft (bitte möglichst genau)

Welche Farbe und welchen Geruch hat der Stuhl?

Schweiß:

Schwitzt Ihr Kind an bestimmten Körperstellen häufiger?

Wann beobachten Sie Schweiß bei Ihrem Kind?

Wonach riecht der Schweiß? Verfärbt er die Wäsche in einer bestimmten Farbe?

Schlaf:

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind pro Nacht? _____

Wann geht es zu Bett? _____

Wann steht es in der Regel auf? _____

Macht es Mittagsschlaf? Wie lange? _____

Wie ist die Schlafqualität? (0=sehr schlecht bis 10=sehr gut) _____

Ist es nach ausgiebigem Schlaf erholt und gut gelaunt? _____

Gibt es wiederkehrende Traumthemen oder gab es in letzter Zeit einen interessanten Traum? (bitte ggf. beschreiben).

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf und wann? _____

Kann es schnell wieder einschlafen? _____

Braucht es Hilfe zum Einschlafen oder findet es selbst in den Schlaf? _____

Schnarcht Ihr Kind (nie/bei Infekten/immer)? _____

Wetter und Jahreszeiten:

Gibt es eine Jahreszeit oder Witterung in denen die Beschwerden Ihres Kindes verstärkt auftreten?

Gibt es eine Tageszeit, in denen die Beschwerden verstärkt sind? _____

Wie oft im Jahr ist Ihr Kind erkältet? Mit/ohne Fieber? _____

Gesundheitliche Vorgeschichte:

Gab es in der Vergangenheit Hautausschläge und wie wurden sie behandelt?

(z.B. Milchschorf, Windelausschlag, Neurodermitis, Warzen, Eiterflechten u.s.w.)?

Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt und wann?

(z.B. Blinddarm, Leiste, Hoden, Mandeln, Ohr, Finger, Zehen, Geschlechtsorgane, Muttermale, Warzen)

Hatte Ihr Kind Unfälle? (z. B. Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Schleudertrauma, Verbrennungen, Vergiftungen)

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher mit Ihrem Kind aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt, wann und mit welchem Ergebnis?

Röntgen:

MRT:

Labor:

Abklärung einer Fruchtzucker-/Milchzucker-/Gluten-/Nahrungsmittelunverträglichkeit:

EEG/EKG:

Weitere Untersuchungen:

Welche Behandlungen hat Ihr Kind bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein und seit wann?

Impfungen:

Bitte bringen Sie eine Kopie des Impfausweises mit, falls Impfungen außerhalb unserer Praxis erfolgt sind. Wie wurden die Impfungen vertragen? Gab es im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung gesundheitliche Auffälligkeiten?

Beschreibung Ihres Kindes:

Wie würden Sie Ihr Kind in seinem Wesen beschreiben?

Wie ist sein Selbstwertgefühl? _____

Wie ist sein Selbstvertrauen? _____

Wie schätzen Sie seine körperliche Belastbarkeit und Kraft ein? _____

Hat es Ängste? (z.B. Höhenangst, Gewitter, Dunkelheit, Tiere, Enge, Fahrstuhl, Flugzeug, Einbrecher, fremde Menschen, Zukunft u.s.w.)

Wie geht Ihr Kind mit frustrierenden Situationen um? _____

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es wütend ist? Beschreiben Sie ggf. die Auslöser und wie sich die Wut äußert.

Gibt es auch eine aggressive Seite? (z.B. Beißen, Schlagen, sich selbst oder andere u.s.w.) _____

Sollte Ihr Kind sich außerhalb von zu Hause deutlich anders verhalten als zu Hause beschreiben Sie bitte kurz die Unterschiede:

Raum für Ihre Notizen/Fragen:

Bitte bringen Sie spätestens zum Anamnesegespräch Duplikate aller extern erhobenen Krankenberichte und Laborwerte mit. Falls Sie Ihnen nicht vorliegen, wäre es hilfreich, wenn Sie diese im Vorfeld besorgen.

Bitte listen Sie auch auf, welche Homöopathika oder Nahrungsergänzungsmittel Ihr Kind aktuell nimmt oder in letzter Zeit genommen hat.

Bitte nehmen Sie sich für den Fragebogen ausreichend Zeit und beantworten die Fragen so präzise wie möglich. Nutzen Sie ggf. Extrazettel. Nur in gemeinsamer Anstrengung und mit Ihrer aktiven Mitarbeit kann der Heilungsweg langfristig erfolgreich beschrritten werden.

Vielen Dank!
Ihre Frau Dr. Heimke