

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Persönliche Daten

Name, Vorname des Kindes:

Name eines Elternteils:

.....

PLZ und Ort:

Straße:

Klasse/Kindergarten:

Geburtsdatum:

Familienstand der Eltern:

Geschwister (Anzahl und Alter):

Telefon mobil:

Telefon privat:

E-mail:

Telefon geschäftlich:

Adresse des Kinderarztes:

Name des Kinderarztes:

.....

Telefonnummer des Kinderarztes:

.....

Wodurch kennen Sie unsere Praxis?

Krankenversicherung: **Gesetzlich**

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler am Empfang.

Privat

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Hauptproblem:

.....

Schwangerschaftsverlauf: normal mit Komplikationen, welchen?

.....

.....

Geburt: mehr als 2 Wochen zu früh mehr als 10 Tage zu spät

PDA Kaiserschnitt

Saugglocke Zange

Gewicht weniger als 2500 g Dauer der Geburt ab Blasensprung:

Besonderheiten bei der Geburt:

Wird/Wurde das Kind gestillt? Ja. Wie lange?

.....

Nein

Gibt es/Gab es Stillschwierigkeiten? Ja, Welche?

.....

Nein

Sonstiges:

.....

.....

.....

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Baby (0-1 Jahr):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche) | <input type="checkbox"/> Pofalte ist schief |
| <input type="checkbox"/> Hat eine Liegeglatze | <input type="checkbox"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung |
| <input type="checkbox"/> Zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung) | <input type="checkbox"/> Liegt nur auf dem Bauch |
| <input type="checkbox"/> Rücken überstreckt sich stark | <input type="checkbox"/> Hat Blähungen/Koliken |
| <input type="checkbox"/> Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1 x täglich) | <input type="checkbox"/> Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinander folgenden Tagen) |

Schlaf: Schläft durch Schläft schlecht ein Schläft kurz und unruhig

Kleinkind (1-6 Jahre):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hat das Krabbeln ausgelassen | <input type="checkbox"/> Zehenspitzenläufer |
| <input type="checkbox"/> Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt | <input type="checkbox"/> Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) <i>über das Alter von 6-7 Jahren hinaus</i> | <input type="checkbox"/> Zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Lutscht noch am Daumen <i>über das Alter von 5 Jahren hinaus</i> | <input type="checkbox"/> Bettnässen <i>über das Alter von 5 Jahren hinaus</i> |
| <input type="checkbox"/> Häufige Ohren- und Nasen-Infektionen | <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten, auf einem Bein zu hüpfen |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen | |

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Schulkind (ab 6 Jahre):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leseschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Schreibschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Abschreibschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Rechenschwierigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörungen | <input type="checkbox"/> Probleme im Sportunterricht |
| <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit | <input type="checkbox"/> Trägt eine Zahnklammer |
- seit:

Sonstiges:

.....

.....

.....