

Naturheilpraxis Osteo-Harmonie

01848 Hohnstein, Rathausstraße 3 Tel.0172/2624637 info@osteo-harmonie.de

Inh. Manuela Protze

Fragebogen für Kinder/ Jugendliche ab 6 Jahre bis 18 Jahre

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich wie möglich aus, was Sie nicht beantworten können, lassen sie offen. Bringen Sie bitte zum Erstgespräch Arztberichte, vorausgegangene Untersuchungen und Behandlungen und evtl. Laborbefunde mit. Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ ____ ____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Bei Kind/ Jugendlichen unter 18.Jahren:

Wer ist erziehungsberechtigt? _____

Allgemeine Fragen

Welche Beschwerden/ Veränderungen geben Anlass zur Vorstellung?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Behandlung sind bisher erfolgt und bei wem?

Ist den Beschwerden ein gravierendes Ereignis vorausgegangen? (z.B. Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen)

Information zu Ihrer Geburt und Kindheit

Gab es Komplikationen unter der Geburt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? _____

☐ Zangengeburt

☐ Saugglockengeburt

☐ Kaiserschnitt

☐ langwierige Geburt

☐ Sturzgeburt

☐ Nabelschnurumschlingung

Alter: _____ J Kita/ Schule: _____ Beruf: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ Entwicklung: _____

Gab es in deiner/Ihrer Kindheit oder Jugend irgendwelche Verletzungen? (z.B. aufgrund eines Unfalls)

wie Kopfverletzungen, Knochenbrüche, Stürze, Sportunfälle, operative Eingriffe?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche Art war die Verletzung und wann hat sie sich ereignet?

Anamnese

Ernährung/ Trinkmenge? _____

Eltern Abusus von Nikotin, Alkohol, Drogen? _____

Medikamente, was und wieviel? _____

Impfstatus: _____

Kinderkrankheiten: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten, seit wann?

Infektionskrankheiten: _____

Zahnstatus: _____

Kieferorthopädische Behandlung, seit wann?

Weitere eigene Angaben

Familienanamnese/ Geschwister/ Eltern: _____

Chronische/ Erkrankungen: _____

Sind neurologische oder psychische Erkrankungen auch in der Familie bekannt?

Schwierigkeiten bei der Motorik/ Koordination?

Konzentrationsschwierigkeiten ? _____

Zeichen vermehrter Aktivität? _____

Sehstörungen? _____

Hörstörungen? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse) oder Funktionsstörungen an Organen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Magen, Darm) bekannt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Stuhlgang/ Wie oft? _____

Abdomen/ Bauchschmerzen, wie oft? _____

Sind Hauterkrankungen bekannt, wenn ja seit wann? _____

Schlafen – Einschlafen / Durchschlafen: _____

Besuch KITA/ Schule / Job

Auffälligkeiten? _____

Hobbies/ Sport/ Musik , was und wie oft ?

Hast du/ Sie Beschwerden wie

Leistungsschwäche ☐ ja ☐ nein

Überforderung ☐ ja ☐ nein

Gereiztheit ☐ ja ☐ nein

dauerhaften Stress ☐ ja ☐ nein

Angst ☐ ja ☐ nein

Unruhe ☐ ja ☐ nein

familiäre Probleme ☐ ja ☐ nein

Stimmungsschwankungen ☐ ja ☐ nein

Infektanfälligkeit ☐ ja ☐ nein

Gibt es in der Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Für junge Mädchen / Frauen

In welchem Alter hattest du / Sie das erste Mal deine Menstruation? _____

Ist dein/ Ihr Zyklus regelmäßig? _____

Leidest du/ Sie häufig unter PMS/ Migräne oder Kopfschmerz?

Wenn ja, wie oft? ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ zyklusabhängig

Sonstiges:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Hohnstein, den ____ . ____ . ____

Unterschrift/ Eltern/ Erziehungsberechtigte; _____