

-1-

FRAGEBOGEN KINDER

Wichtiger Hinweis an Sie, lieber Patient

Bitte füllen Sie den Fragebogen für Ihr Kind sorgsam aus. Nehmen Sie sich Zeit. Die Fragen beziehen sich jeweils auf den momentanen Zeitpunkt, als auch auf die Vergangenheit, je nach Alter des Kindes

Wenn bei den angeführten Beispielen für Sie eines in Frage kommt, dann unterstreichen Sie es und geben am Rand die nötigen Erläuterungen.

Die Beispiele sollen nur Anregungen für Sie sein; wenn etwas nicht vorkommt, dann schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten.

Ihre persönlichen Daten

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Name der Mutter (evtl. es Versicherten): _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____ Krankenkasse: _____

Name, Datum Unterschrift

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

z.B. was, seit wann,

wo, wie,

wodurch besser oder schlechter,

Sind von Ärzten schon Diagnosen gestellt worden und welche?

Familienvorgeschichte:

Gab es bei Ihnen oder in der Blutsverwandtschaft irgendwelche Krankheiten? z.B. Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Herzkrankheiten, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Epilepsie?

Welche Krankheiten sind vom Vater des Kindes bekannt?

Welche Krankheiten sind von der Mutter des Kindes bekannt?

Eigene Vorgeschichte:

Welche Infektionskrankheiten/Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? z.B. Hepatitis, Anginen, Bronchitis.

Welche Kinderkrankheiten: Masern, Röteln, Mumps, Scharlach, Keuchhusten?

Welche anderen Erkrankungen gibt es, z.B. Allergien, Medikamentenempfindlichkeit oder anderes?

Mit welchen Hauterkrankungen hat ihr Kind zu tun? z.B.
Ekzeme, Akne, Herpes, Warzen oder anderes?

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen und wie vertragen?
z.B. Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus,
Kinderlähmung, HIB, Hepatitis B, HPV, oder andere?

Bitte notieren Sie die Namen (!) der Impfungen (oder bringen
Sie den Impfausweis mit)

Welche Operationen wurden vorgenommen?

Entwicklung:

Wann Hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen?

Gibt es Zahnungsschwierigkeiten?

wann hat Ihr Kind laufen gelernt?

Wann sprechen gelernt?

Gibt es Verzögerungen in der Entwicklung?

Wie verlief die Schwangerschaft?

Wie verlief die Geburt?

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

Allgemeine Symptomatik:

Gibt es Tages- oder Nachtzeiten, oder sogar feste Tages- oder
Nachtstunden, in denen sich Ihr Kind schlechter fühlt?

Wann steht Ihr Kind in der Regel auf?

Wie ist es mit der Laune nach dem Aufstehen?

Wann geht Ihr Kind in der Regel ins Bett?

Ist Ihr Kind abends müde oder noch voller Energie?

Wie ist es mit dem Mittagsschlaf?

Wie verträgt Ihr Kind Wärme? z.B. Sonne, Hitze, usw.?

Wie verträgt Ihr Kind Kälte? z. B. trockene, feuchte, eisige
usw.?

-4-

Wie ist die Wärmeregulation? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße?

Wie schwitzt Ihr Kind? z.B. gar nicht, warm, kalt, übelriechend, sauer, nachts, beim Stillen?

Hat ihr Kind Kopfschweiß? z.B. Stirn oder Hinterkopf

Hat Ihr Kind Fußschweiß oder „Käsefüße“?

Wie steht es mit dem Schlaf?

z.B. kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen, Schlafwandeln, unruhig, aufschreien, reden.

Lage: Rücken, Bauch, Knie-Ellenbogen-Lage, Füße herausgestreckt, Schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen usw.?

Welche Überempfindlichkeiten gibt es bei Ihrem Kind? z.B. Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden, oder andere?

Wird eine Körperseite bei Ihren Krankheitserscheinungen eindeutig bevorzugt? z.B. alles nur rechts, alles nur links, nur oben, nur unten, Seitenwechsel usw.?

Schreit Ihr Kind möglicherweise, wenn es hoch geworfen und wieder aufgefangen wird?

Lokale Symptomatik:

Wenn hierbei von Beschwerden zu berichten ist, bitte immer genau angeben, wo (Ort), wohin (Ausstrahlung), wann (zeitliches Auftreten), wie (Schmerz- oder Empfindungscharakter), wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst (Grund angeben!)

Kopf: z.B. Kopfhaut, Haar, Haarausfall, Milchschorf usw. Kopfschmerzen.

Augen: Entzündungen, Bindehaut, Tränenfluß, usw.

Ohren: auch Entzündungen, Absonderungen, Hören.

Nase: z.B. Schnupfen, Heuschnupfen, Nebenhöhlen usw.

Mund: z.B. Mundgeruch, Speichelfluß, Geschwüre (Aphthen), schlechte Zähne usw.

Hals: z. B. Mandeln, Kehlkopf, Stimme, Schilddrüse usw.

Lungen und Bronchien: z. B. Husten, Auswurf (wie beschaffen? wann?), Asthma, Atemnot, Entzündung usw.

Speisen und Getränke

Welche Speisen oder Getränke verträgt Ihr Kind nicht? (U = Unverträglichkeit)

Nach welchen Speisen oder Getränken besteht *ausgesprochenes* Verlangen ? (V = Verlangen)

Gegen welche Speisen oder Getränke gibt es eine starke Abneigung? (A = Abneigung):

Gibt es keine *deutlichen* „U“, „V“ oder „A“ geben Sie brauchen Sie keine Angaben zu machen

Milch kalt/warm

kalte Getränke

warme Getränke

Brot

Butter

Fette Speisen

Fisch

Fleisch

Geräuchertes

gut gewürzte Speisen

Gemüse

Eis

Eier weich/hart, etc

Käse

Obst

Salate

Salziges

Saures

Süßigkeiten

Zwiebeln

Eiswürfel

Wie ist der Durst? z. B. groß, klein, wenig, nachts, lieber warm
- kalt usw.

Appetit: z.B. normal, gut, schlecht usw.

Stuhlgang: z. B. täglich, jeden Tag, normal, Verstopfung,
Durchfall, Würmer

hell, dunkel, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, trocken,
breiig, wässrig, schmerzhaft, wundmachend,
zurückschlüpfend, usw.

Harnentleerung: z.B. normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel
usw.

Genitalorgane: Hat es jemals dort etwas Auffälliges gegeben?

Besteht Ausfluss aus Harnröhre oder Scheide?

Gemütssymptomatik:

Wir Ihr Kind leicht zornig?

Wie steht es mit Schlagen oder Hauen?

Wie reagiert Ihr Kind auf Maßregelungen, Strafen oder Kritik?

Macht Ihr Kind Dinge kaputt?

Gibt es Wutanfälle, wie stark?

Weint Ihr Kind leicht, wenn ja bei welchem Anlass?

Gibt es irgendwelche Ängste? z.B. Dunkelheit, Alleinsein,
bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst
usw.

Wie steht es mit dem Ordnungssinn?

Gibt es ausgeprägte Eifersucht zu Geschwistern?

Wie ist das Verhältnis zu Geschwistern?

-7-

Gibt es ein Besonderes Verhalten in Gruppen (z.B. Kindergarten)

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Hat es bei Ihrem Kind tiefe Traurigkeit, Kummer oder ähnliches gegeben?

Wie steht es mit dem Selbstvertrauen?

Wie reagiert das Kind auf Fremde Personen?

Besteht Prüfungsangst?

Wie steht es mit den geistigen Funktionen? z. B. Lernen, Rechnen, Konzentration, Aufmerksamkeit, usw.

Wie steht es mit Unruhe, Hektik, Eile, Geduld, Ungeduld, Schreckhaftigkeit?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die typisch oder auffällig sind?