

CHIROPRACTIC
Z E N T R U M
BRAUNSCHWEIG

Patientenfragebogen für Klein – und Vorschulkinder von 2 – 6 Jahren

Liebe Eltern, die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind und seine Krankengeschichte. Ihre Antworten helfen uns bei der genauen Analyse und Ursachenforschung. Um Ihrem Kind bestmöglich helfen zu können, bitten wir Sie daher sich die Zeit zu nehmen und die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten.

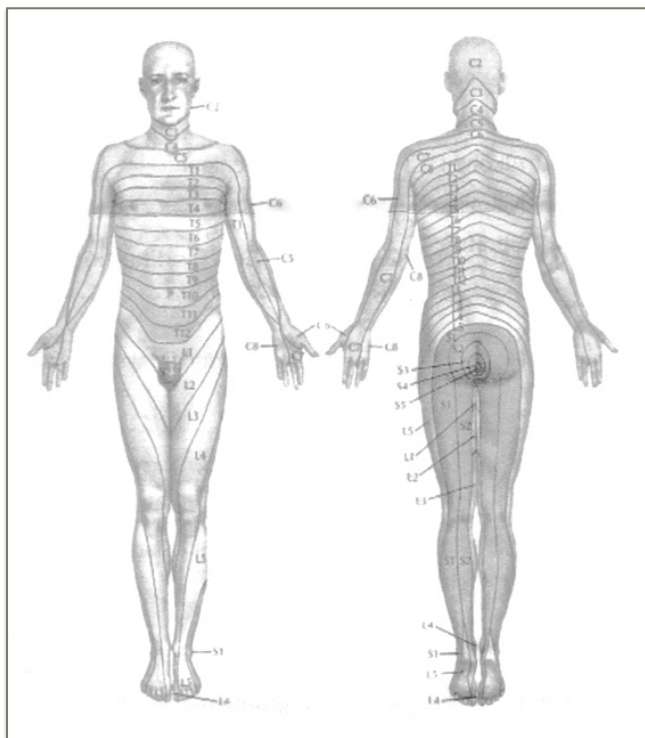
Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name/Adresse der Eltern:

- 1) Was bringt Sie mit Ihrem Kind zu uns?
 Vorsorge / Beschwerden/Schmerzen

Bitte kennzeichnen Sie den Bereich der Beschwerden:



- 2) Wie äußern sich die Beschwerden genau und wie lange bestehen dieses schon?
- 3) Hat Ihr Kind schon Behandlungen aufgrund der Beschwerden erhalten? Wenn ja, von wem und wie häufig?

4) Wer ist der behandelnde Kinderarzt?

Schwangerschaft/Geburt

5) Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft? Wenn nein, wie viele Geschwister hat Ihr Kind und wie alt sind diese?

6) In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?

7) Handelte es sich bei der Geburt um eine natürliche Entbindung oder einen Kaiserschnitt?

8) Wie war der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Geburt?

9) Wie alt waren Sie bzw. der Vater des Kindes bei der Geburt?

Entwicklung in der Säuglings – und Kleinkindzeit

10) Wurde ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

11) Hatte Ihr Kind verstärkt Verdauungsbeschwerden während der Säuglingszeit?

12) Hatte ihr Kind als Säugling eine „Lieblingsseite“? War oder ist Ihnen eine Abflachung am Hinterkopf aufgefallen?

13) Ist Ihr Kind „normal“ gekrabbelt? Wenn ja, ab welchem Monat?

14) Ab welchem Monat konnte Ihr Kind laufen?

15) Ab wann:

- konnte Ihr Kind auf einem Bein hüpfen?

- sich die Schuhe zubinden?

- Fahrrad fahren?

- war ihr Kind „trocken“ tagsüber und nachts?

16) Gibt oder gab es Entwicklungsverzögerungen in den Bereichen

Motorik / Sprache/Verständnis / sozialen Fertigkeiten

Wenn ja, beschreiben sie diese bitte und geben Diagnosen an falls bekannt.

17) Ist Ihr Kind Rechts – oder Linkshänder?

- 18) Sind Konzentrationsschwierigkeiten ein Problem?
- 19) Würden Sie Ihr Kind als hyperaktiv beschreiben?
- 20) Ist Ihr Kind oft nervös und/oder ängstlich?
- 21) Wie viele Stunden schläft Ihr Kind in der Nacht? Schläft Ihr Kind alleine im Bett? Sind Einschlaf – oder Durchschlafprobleme bekannt?
- 22) Was für Hobbys hat Ihr Kind? Treibt Ihr Kind Sport?
- 23) Hat oder hatte Ihr Kind...
- Asthma / Allergien / Häufiges Husten/Atemwegsinfekte /
 - (chronische) Nasennebenhöhleninfekte / Neurodermitis /
 - Häufig Ohrenschmerzen bzw Mittelohrentzündungen / Epilepsie /
 - Unter/Übergewicht / Andere:
- 24) Nimmt Ihr Kind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche und in welchen Dosierungen?
- 25) Wie regelmäßig hat Ihr Kind Stuhlgang? Sind Verdauungsbeschwerden ein Problem (z.B. Durchfall, Verstopfungen, Schmerzen oder Unwillen beim Toilettengang)?
- 26) Wie oft musste Ihr Kind in der Vergangenheit Antibiotika nehmen?
- 27) Sind Lebensmittelintoleranzen oder Allergien bekannt?
- 28) Wurden bereits Operationen durchgeführt? Gab es Knochenbrüche oder Unfälle/Stürze in der Vergangenheit?
- 29) Wurden bereits Röntgenbilder oder andere Aufnahmen gemacht? Wenn ja, wann und von welcher Körperregion?
- 30) Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, seit wann?
- 31) Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand der Eltern und Geschwister?
- 32) Was ist Ihre Erwartung an uns?
- 33) Woher hatten Sie unsere Adresse?

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)