

CHIROPRACTIC
Z E N T R U M
BRAUNSCHWEIG

Patientenfragebogen für Schulkinder von 6 – 14 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.

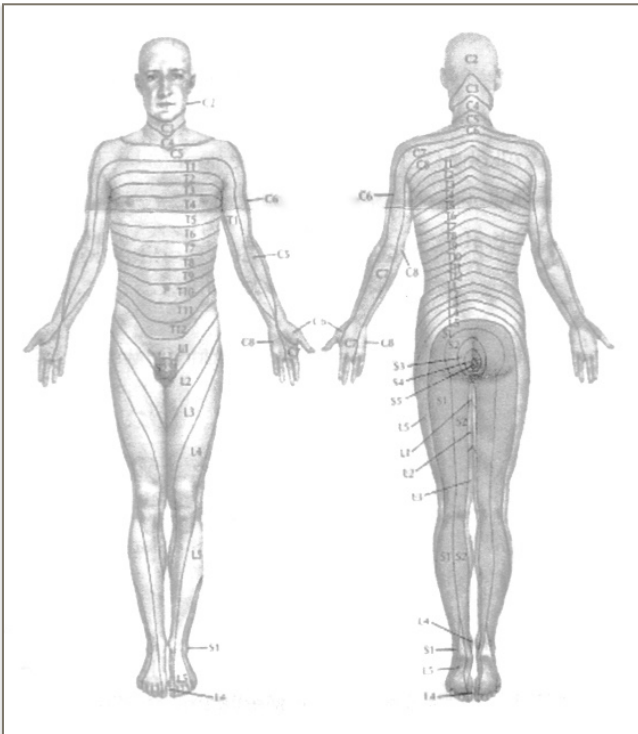
Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name/Adresse der Eltern:

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

Bitte kennzeichnen Sie den Bereich der Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile, Kribbeln und/oder Taubheit durch kleine Kreuze.



2. Wie äußern sich die Beschwerden genau und wie lange bestehen dieses schon?
3. Sind die Beschwerden konstant oder wechselnd?

4. Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?
5. Hat Ihr Kind schon Behandlungen aufgrund der Beschwerden erhalten? Wenn ja, von wem und wie häufig?
6. Wer ist der behandelnde Kinderarzt?

Schwangerschaft/Geburt:

7. Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft? Wenn nein, wie viele Geschwister hat Ihr Kind und wie alt sind diese?
8. Mussten Sie Medikamente während der Schwangerschaft zu sich nehmen?
9. In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?
10. Handelte es sich bei der Geburt um eine natürliche Entbindung oder einen Kaiserschnitt?
11. Wie war der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Geburt?
12. Wie alt waren Sie bzw. der Vater des Kindes bei der Geburt?

Entwicklung in der Säuglings – und Kleinkindzeit:

13. Hatte Ihr Kind Verdauungsbeschwerden während der Säuglingszeit?
14. Ist Ihr Kind „normal“ gekrabbelt? Wenn ja, ab welchem Monat?
15. Ab welchem Monat konnte Ihr Kind laufen?
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. Gibt es in der Schule Probleme mit bestimmten Fächern oder Aufgaben?
18. Ist eine Lese – und Rechtschreibschwäche bekannt?
19. Ist Ihr Kind Rechts – oder Linkshänder?
20. Sind Konzentrationsschwierigkeiten ein Problem? Wenn ja, nur in der Schule oder auch zu Hause?

21. Würden Sie Ihr Kind als hyperaktiv beschreiben?
22. Ist Ihr Kind oft nervös und/oder ängstlich?
23. Wie viele Stunden schläft Ihr Kind in der Nacht? Sind Einschlaf – oder Durchschlafprobleme bekannt?

24. Was für Hobbys hat Ihr Kind? Treibt Ihr Kind Sport ? Wenn ja, wie häufig?

25. Hat oder hatte Ihr Kind...
 - Asthma / Allergien / (chronische) Nasennebenhöhleninfekte / Neurodermitis /
 - Kopfschmerzen / Schwindel / Herzprobleme / Unter/Übergewicht / Epilepsie /
 - Andere:

26. Nimmt Ihr Kind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche und in welchen Dosierungen?

27. Wie regelmäßig hat Ihr Kind Stuhlgang? Sind Verdauungsbeschwerden ein Problem (z.B. Durchfall, Verstopfungen, Schmerzen oder Unwillen beim Toilettengang)?

28. Wie oft musste Ihr Kind in der Vergangenheit Antibiotika nehmen?
29. Sind Lebensmittelintoleranzen bekannt?

30. Wurden bereits Röntgenbilder oder andere Aufnahmen gemacht? Wenn ja, wann und von welcher Körperregion?

31. Wurden bereits Operationen durchgeführt?

32. Gab es bereits größere Stürze oder andere Unfälle? Wenn ja, kam es dabei zu Verletzungen oder Knochenbrüchen?

33. Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre? Wenn ja, seit wann und warum?

34. Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, seit wann?

35. Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand der Eltern und der Geschwister?

36. Wieviel Stunden verbringt Ihr Kind täglich vor Bildschirmmedien (PC,Tablet,Handy,Fernseher)

37. Was ist Ihre Erwartung an uns?

38. Woher hatten Sie unsere Adresse?

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)