

Fragebogen zur Behandlung Ihres Kindes

Wichtiger Hinweis:

Meine ganzheitliche Behandlungsmethodik erfordert einen sehr weitgehenden Einblick in die gesamte "Krankengeschichte" Ihres Kindes - dabei spielen auch frühere Erkrankungen sowie Erkrankungen in der Familie, die mit dem aktuellen Problem vordergründig nichts zu tun haben mögen, eventuell eine wichtige Rolle. Nehmen Sie sich deshalb bitte Zeit, diesen Bogen in Ruhe auszufüllen. Unklare Fragen können im persönlichen Gespräch erörtert werden. Und lassen Sie sich bitte durch die vorgegebenen Fragen und Antwortfelder nicht einengen - sie stellen lediglich eine Grundstruktur dar. Sollte der Raum für Ihre Antworten nicht ausreichen oder sollten wichtige Punkte aus Ihrer Sicht fehlen, so fügen Sie bitte eine Anlage bei oder verwenden Sie die Rückseiten.

Bei weit zurückliegenden Beschwerden fällt es sicher nicht immer leicht, sich zu erinnern. Bitte bemühen Sie sich trotzdem, so gut wie möglich die damalige Situation zu beschreiben und den Zeitraum der Erkrankungen/der Symptomatik wenigstens grob einzugrenzen. Auch sollten Sie bei aktuellen wie alten Erkrankungen Ihre subjektiv empfundenen Eindrücke schildern - dabei kommt es nicht auf korrekte medizinische Wortwahl an!

Wenn einer der angeführten Punkte für Sie zutreffend ist, dann unterstreichen Sie ihn bitte. Bei Ihrer Kommentierung denken Sie bitte in folgender Struktur: Was, wo, wann, wie, wie lange, wie behandelt, wodurch besser/schlechter, wodurch ausgelöst (die großen "W's").

Zunächst einige organisatorische Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschwisterreihe/ -anzahl :

Gewicht:..... **Größe:**.....

Anschrift und Rufnummer:

Mutter - Name/Vorname/ Alter

Vater - Name/Vorname/Alter.....

Versicherung:

**Wie sind Sie auf mich
aufmerksam geworden?**

Internetsuche

☐

Instagram

☐

Internetanzeige

☐

Facebook

☐

Über KI

☐

Empfehlung

☐

Printanzeige

☐

Werbeschild

☐

1. Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind aktuell?

Bitte an dieser Stelle nur "schlagwortartig" die Beschwerden nennen. Die genaue Beschreibung nehmen Sie bitte in den Einzelrubriken vor.

2. Familienvorgeschichte:

Bei vielen Erkrankungen spielen die familiären Vorerkrankungen im Sinne des "konstitutionellen" Nährbodens eine wichtige Rolle:
Welche schwereren Erkrankungen gab es in der **Blutsverwandtschaft** (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Onkel, Tanten, Geschwister)?

Z.B.: Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, Infarkt, Asthma, Zuckerkrankheit, Gicht, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Malaria, Magengeschwüre, Tod durch Grippe, Fehlbildungen, Nierenerkrankungen, Tot-/ Fehlgeburten, Morbus Menière, Bluter, Allergien
Andere schwere Erkrankungen:
Gab es Mehrlingsgeburten?
Bitte geben Sie zu den unterstrichenen Erkrankungen auch an, wer in der Familie davon betroffen war.

3. Schwangerschaft und Geburt

Verlauf der Schwangerschaft: Besondere Untersuchungen (Fruchtwasseruntersuchung, etc.), Impfungen, Blutgruppenunverträglichkeit, Bluttransfusion, Infekte, Zahnbehandlungen, sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse?
Wehenhemmende Mittel, wehenfördernde Mittel - Wenn ja, in welchem Monat?
Schwangerschaftserbrechen? Wie lange? Wie schwer?
Blutungen während der Schwangerschaft? - In welchem Monat? Behandlung?
Drohende Fehlgeburt? Drohende Frühgeburt? Frühgeburt? - In welcher Woche?

Entbindung: Termingerecht? Narkose, Lachgas, Periduralanästhesie (Spinalanästhesie).
Lage des Kindes. Entbindung mit Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt.
Sonstige Beschwerden während dieser Zeit?

Vorausgegangene Fehlgeburten / Frühgeburt / Totgeburt? - Wann? Mögliche Ursache?
Nikotin / Alkohol / Drogen / Medikamente?

4. Neugeborenenperiode

Geburtsgewicht / Größe
Atemstörungen? Krämpfe? Hirnblutung?
Nabelschnurstrangulierung? Schlüsselbeinbruch?
Gelbsucht (wie lange, wie stark?) - Brutkasten?

Wärmebettchen? Nabelbruch? Leistenbruch?
Nabelentzündung/ -absonderung? Schiefhals?
War Ihr Säugling apathisch? Hat er ständig
geschrien?

Stillzeit: Haben Sie gestillt? Falls nicht warum?
Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt?
Wie lange teils? Gab es Probleme beim Stillen?
Trinken unauffällig / schlechter Trinker / Speikind?
Gab es in den ersten 4 Wochen akute Erkrankungen?
Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen
geimpft? - Gab es da auffällige Über- oder Unterreaktionen?
Bluttransfusionen als Säugling?
Haben Sie als stillende Mutter im Wochenbett Medikamente
erhalten? - Wenn ja, welche? / weshalb?
Wurden Sie als stillende Mutter geimpft? – Wenn ja,
wann? / wogegen?
Wurden Zahnbehandlungen durchgeführt? Welche?
Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

5. Geistige und körperliche Entwicklung

Liegt eine Behinderung vor? Bitte genaue Angaben.
Wann sinnvolles Sprechen? Sprachstörungen?
Seit wann? Wann Fontanellenschluss?
Wann erste Zähne? Erschwerte Zahnung?
Wann Aufstützen auf die Hände / Sitzen /
koordiniertes Krabbeln / Stehen / freies Laufen?
Größenwachstum normal / verzögert / beschleunigt?
Wann ist Ihr Kind sauber geworden?
Wirkt Ihr Kind altersgemäß?

6. Krankheitsneigungen

Neigung zu: Mittelohrentzündungen /
Mandelentzündungen / Stirn- oder
Nebenhöhlenentzündungen Bronchitiden /
Lungenentzündungen / Krupp bzw. Pseudokrupp /
Erkältungskrankheiten / sonstigen fieberhaften
Infekten

Krampfneigung (ggf. genau beschreiben) /
Epilepsie / Muskelzuckungen? Wann treten sie
auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung /
Fieber / helles Licht / Gewitter / nach Impfung /
periodisch / bei Vollmond?

Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien /
Neurodermitis? Gibt es Nahrungsmittelzusammenhänge
wie Milch / Erdbeeren / etc.?

Neigung zu **Bauchschmerzen** / Erbrechen /
Durchfall / Verstopfung. Wann? / Wonach traten sie
das erste Mal auf? / Vermutete Ursache? / Wie
behandelt? Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

7. Kinderkrankheiten

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind wann
durchgemacht? Masern / Mumps / Röteln /
Scharlach / Diphtherie / Keuchhusten /
Windpocken / Pfeiffersches Drüsenfieber.
Wie wurde behandelt? Welche Medikamente?
Bei Kinderkrankheiten mit Hautausschlägen: Kam

der Hautausschlag richtig heraus?
Gab es Komplikationen? - Wenn ja, bitte beschreiben.

8. Impfungen / Transfusionen

Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen hat
Ihr Kind erhalten? Wann?

Tbc (BCG) / Polio / DPT (= Diphtherie, Pertussis
(Keuchhusten), Tetanus) / MMR (= Masern, Mumps,
Röteln) / Hib / Grippe / Zecken / Tollwut / Hepatitis /
Tuberkulinproben / Sonstige. Bitte Impfpass
mitbringen!

Gab es Bluttransfusionen oder Serum-
Behandlungen?

Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es
Impfreaktionen (z.B. Fieber, Apathie,
Lähmungserscheinungen, Krämpfe, Wesensveränderungen,
Meningitis (Hirnhautentzündung),
Schlafsucht etc.)? - Beschreiben Sie ausführlich.

9. Allgemeines

Ist Ihr Kind zu mager? - Trotz guten Appetits? - An
welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine etc.)?
Ist Ihr Kind zu dick? An welchen Körperregionen
besonders?

Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen
warmes Kind?

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen
vertragen?

Ist Ihr Kind geräusch- oder geruchsempfindlich?

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen
Geruch wahrgenommen (z.B. sauer, fischig,
muffig, nach Stuhl oder Urin)? - Wann? / Trotz
Waschens oder Badens? / Wo am Körper?

Trägt es enganliegende Kragen oder enge Gürtel?

Verträgt es ein Lätzchen um den Hals?

Lässt sich Ihr Kind gerne baden oder hat es Angst
davor?

Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich? - Sehr kitzelig?

Will es nicht angefasst / angesehen werden?

Gab es Unfälle / Knochenbrüche / Gehirnerschütterung
/ Operationen / Krankenhausaufenthalte
aus anderen Gründen?

Nennen Sie Medikamente, die Ihr Kind bislang
erhalten hat oder noch einnimmt.

10. Witterung, Jahreszeiten, Tageszeiten

Welches **Wetter** liebt Ihr Kind? Welches mag es
überhaupt nicht? - Wie reagiert es (z.B. bei Sonne,
Regen)?

Ist es anfällig für Zugluft / Kälte / naßkaltes Wetter /
Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei bzw. vor
Gewitter / bei bzw. vor Sturm / Wetterwechsel /
Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmendem
Mond? Wie geht es ihm am Meer/im Gebirge?

Welche **Jahreszeit** liebt Ihr Kind ganz besonders?

Wann fühlt es sich deutlich schlechter?

Zu welcher **Zeit** ist Ihr Kind besonders weinerlich,
schläfrig, hungrig, schwierig? Zu welcher Zeit sind
Beschwerden am stärksten? - morgens /

vormittags / mittags / nachmittags / abends / nachts
/ vor oder nach Mitternacht / eindeutig zu einer
ganz bestimmten Uhrzeit? - Wann?

11. Schlaf

Wie ist der Schlaf? - unauffällig / sehr leicht / unruhig
/ verspätetes Einschlafen / zu frühes
Erwachen.

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Rollt es mit dem Kopf beim Einschlafen?

Schläft es mit nach hinten geneigtem Kopf?

Braucht es Wärme oder warmes Zudecken?

Sind die Füße zu heiß und werden unter der Decke
hervorgestreckt?

Zuckt es im Schlaf zusammen? Fährt es aus dem
Schlaf auf?

Schreit es öfter nachts auf?

Wandert es zeitweise nachts umher? / Kommt es
zu den Eltern/Geschwistern ins Bett?

Knirscht es mit den Zähnen?

Träumt Ihr Kind oft? - Angstträume? / Träume mit
sich wiederholendem Inhalt? Bitte genauere Angaben,
wenn möglich.

Spricht es im Schlaf?

Näßt es ein? - Wann und seit wann?

Schwitzt es? Wann besonders? Wenn ja, an welchen
Stellen, und wie riecht der Schweiß? Färbt
der Schweiß die Wäsche? Wie?

Schlaflage: Bitte beschreiben Sie die häufigste
Lage Ihres Kindes.

Sonstige Auffälligkeiten?

12. Essen und Trinken

Wie ist der **Appetit** Ihres Kindes? gut / schlecht

Isst schlecht, obwohl gut genährt.

Isst gut, nimmt aber nicht zu / ist u.U. dabei sogar
abgemagert.

Heißhungeranfälle - zu bestimmten Zeiten, evtl.
auch nachts?

Schwitzt während des Essens oder Trinkens.

Sonstige Gewohnheiten bzw. Auffälligkeiten?

Durst - normal / kaum / groß / wann besonders
(z.B. nachts)? / Was wird bevorzugt oder
abgelehnt?

Verlangen - Bitte nur das angeben, was sehr
ausgeprägt ist: - kalt / heiß / sauer / süß / salzig /
geräuchert / scharf / Milch / Fisch / Fleisch / Wurst
/ Kartoffeln / Fett und fette Speisen / Butter / Käse /
Eier Obst (unreifes Obst?) / Apfelsinen / Eiscreme /
Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide)
Sonstiges?

12. Essen und Trinken

Abneigungen, u.U. sogar Ekel - Bitte nur das
angeben, was sehr ausgeprägt ist: - kalt / heiß /
sauer / süß / Milch / Fett und fette Speisen / Käse /
Eier / Fleisch / Kartoffeln / Schweinefleisch / Fisch /
Salat grünes Gemüse / Sonstiges?

Unverträglichkeiten - Bitte nur das angeben, was
sehr ausgeprägt ist: - Welche Reaktionen treten

auf?

Was gibt es noch zum Essen und Trinken zu sagen?

Ernährungsweise: vegetarisch? Vegan?

13. Fieber

Reagiert Ihr Kind mit Fieber? Welche Auslöser gibt es? Gibt es typische Verhaltensweisen, Abneigungen oder Verlangen bei Fieber? Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe? Haben Sie schon Fiebersenkende Mittel eingesetzt?

14. Lokale Symptome:

Kopf:

Kopfschmerz (wann? wo? Begleitbeschwerden)

Haare: fein, fettig, filzig, brüchig, glanzlos....

Haarausfall, Milchschorf, Schuppen

Schwindel:

Z. B. Art des Schwindels (Drehen, Taumeln, Fallneigung) Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen.

Gesicht:

Z.B. Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge, Augenringe, Sommersprossen

Augen:

Z. B. Entzündungen/Ekzeme, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörungen, Schielen, Gerstenkörner, Lichtempfindlichkeit, Fehlbildungen.

Ohren:

Z. B. Entzündungen, Absonderungen, Hörvermögen, Geräusche, Fehlbildungen, Hautausschläge

Nase:

Z. B. Geruchssinn, Niesen, Heuschnupfen, Schnupfen, Sekret: Farbe, Konsistenz; Nebenhöhlen, Polypen, Blutungen

Mund/Zähne:

Z. B. Auffallende Lippenfarbe, eingerissene Mundwinkel, Geschmackssinn, Mundgeruch, Speichelfluss, Geschwüre (Aphten), Herpes, Zahnfleisch, schlechte Zähne, Wurzelentzündungen, Zahnstein, Amalgamfüllungen, Fisteln, Zunge, Polypen, Zahnverformungen

Hals:

Z. B. Mandeln, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf z.B. Krupp, Stimme, Schlucken, Schilddrüse, Lymphknoten,

Lungen/Bronchien:

Z. B. Husten, Auswurf (wie? = Farbe, Konsistenz), Entzündungen, Asthma, Atemnot, Atemgeräusche

Herz:

Z. B. Herzfehler, Schmerzen, Angina pectoris.

Brust:

Z. B. Schmerz, Trichterbrust, Hühnerbrust

Magen:

Z. B. Sodbrennen, Aufstoßen, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Erbrechen von Muttermilch

Bauchbereich:

Z.B. Milz, Bauchspeicheldrüse, Darmerkrankungen

(Blähungen, Koliken, Polypen, Würmer,
Entzündungen, Geräusche, Schmerzen),
Leistenbruch, Absonderungen aus dem Nabel.

Stuhlgang/Darm:

Z.B. Häufigkeit, Durchfall, Verstopfung, blutig, hell,
hart, trocken, knollig, schafkotartig, klebrig, dünn,
breiig, wässrig, übelriechend, schmerzhaft,
drängend, Drang ohne Erfolg, krampfartig,
stechend, wundmachend, zurückschlüpfend, kann
ihn nicht halten, Hämorrhoiden, Risse am After,
Brennschmerz, Analfisteln, Windeldermatitis, Pilze,
Rötung am After

Harnentleerung/Nieren/Blase:

Z. B. Häufigkeit, Bettnässen, Drang, kann ihn nicht
halten, hell, dunkel, übelriechend, schmerzhaft,
tröpfelnd, Steine, Koliken, Entzündungen,
Fehlbildungen

Genitalorgane:

männlich: Prostata, Hoden, Penis usw. Hat es
jemals Auffälligkeiten gegeben? Phimose?
Entzündungen?

weiblich: Scheide, Eierstöcke, Gebärmutter usw.
Hat es jemals Auffälligkeiten (Entzündungen,
Warzen, oder andere Veränderungen) gegeben?
Hatte Ihr Kind jemals einen ungewöhnlichen
Ausfluss aus der Harnröhre oder Scheide? Wann,
wenig, stark, weiß, braun, gelb, grün, blutig,
schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend,
übelriechend.

Gliedmaßen:

Leidet oder litt Ihr Kind an Gliederschmerzen? Z.
B. Entzündungen, Neuralgien, Lähmungen usw.
Gibt es Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen,
Gelenken, Nägeln? Knochenauswüchse?
Dysplasien? Wachstumsstörungen?
Wachstumsschmerzen? Motorische Störungen?

Haut:

Welche Hautausschläge hatte Ihr Kind? Z.B.
Ekzem, Warzen, Muttermale, Leberflecke,
Blutschwamm, Herpes, Furunkel, Erysipel,
Pilzerkrankungen, Vitiligo, Schuppenflechte, Akne
usw.

Wichtig: Wie wurde behandelt?

Wie ist die Haut beschaffen? Trocken, schuppig,
fettig, rissig, runzelig, rau, pickelig, empfindlich?
Allergische Hauterscheinungen?

Gibt es Narbenwucherungen?

Hat Ihr Kind eine auffällige Körperbehaarung?

15. Betreuungssituation:

Beginn der Betreuung außerhalb des Elternhauses
Durch: Großeltern, Verwandte, „Kita“, Hort, Kinderfrau,
Tagesmutter, Au Pair

16. Pubertät:

Eintritt in die Pubertät im Alter von

Bei Mädchen: Menarche? Menstruationsbeschwerden?

Zyklus? Auffälligkeiten bei gynäkologischer Untersuchung?
Wird bereits eine hormonelle Verhütungsmethode eingesetzt?

17. Welcher Typ ist Ihr Kind? Wie verhält sich Ihr Kind normalerweise und gibt es aktuell „Abweichungen“ von diesem Verhalten?

18. regelmäßige Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel: