

Kinderfragebogen

Name: _____

Datum: _____

1. Familienanamnese – bitte unbedingt ausfüllen!

Welche ernsthaften Krankheiten (bei Großeltern, Eltern, Geschwistern) gab es oder gibt es in der **Familie** (z.B. Krebs, Diabetes, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Rheuma, Herzinfarkt, Depression)?

2. Gab es Probleme während der **Schwangerschaft** oder auffällige **Symptome der Mutter** währenddessen ?

3. Medikamente, Infektionen, Impfungen, Trauma während der **Schwangerschaft?/Geburt?**

4. Wie ist die **Geburt** verlaufen (Spontangeburt/Kaiserschnitt/Zange/Sauglocke)?

5. Welche **Impfungen** hat Ihr Kind bisher erhalten?

- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tbc | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B |
| <input type="checkbox"/> | Polio | <input type="checkbox"/> | Meningitis |
| <input type="checkbox"/> | Tetanus | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> | Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Windpocken |
| <input type="checkbox"/> | HIB | <input type="checkbox"/> | Grippe-Impfung |
| <input type="checkbox"/> | Masern | <input type="checkbox"/> | FSME |
| <input type="checkbox"/> | Mumps | <input type="checkbox"/> | Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> | Röteln | <input type="checkbox"/> | andere: |

6. Sind bei Ihrem Kind **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** bekannt?

7. Welche **Krankheiten** hat Ihr Kind bisher gehabt? Bitte stichwortartig aufzählen:

8. **Unfälle**? Operationen? Wo befinden sich Narben?

9. Gab es Probleme bei der **Zahnung** bzw. mit den Zähnen? Füllungen?

10. Gab oder gibt es Normabweichungen bei der **motorischen oder sprachlichen Entwicklung**?

11. Weitere Aspekte, die Ihrer Meinung nach erwähnenswert sind:

12. Regelmäßig verabreichte Medikamente (auch Naturheilmittel, Salben?)
Bitte in die Praxis mitbringen!