

Fragebogen für (Name des Kindes):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Tel:

Mobil:

Fax:

Wann und wie sind Sie am besten zu erreichen (z.B. für Befundmitteilungen):

Wie haben Sie den Weg zu uns gefunden (Empfehlung durch wen?, Zeitung):

Welches sind Ihre drängenden Fragen oder Sorgen?:

Bisherige Behandlungen/Untersuchungen (evtl. Kopien von Ergebnissen):

Vorgeschichte:

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten (z.B. Windpocken, Scharlach, Röteln, etc.)? **Wenn ja, wann?**

Seit wann leidet Ihr Kind (leiden Sie) an welchen Symptomen (Zeichen) oder Unpässlichkeiten (z.B. Verstopfung, Durchfällen, Schlafstörungen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen)?

Können Sie einen Zusammenhang herstellen zu bestimmten Situationen, Nahrungsmitteln, Impfungen, etc.?

Welche belastenden Lebenssituationen gibt/gaben es wann? (z.B. Trennung, schwere Erkrankung oder Tod eines geliebten Menschen oder Tieres, Wohnortwechsel, etc.)

Familienvorgeschichte (aus Sicht des Kindes!!!):

(z.B. Diabetes, Rheuma, Allergien, Asthma, Hautprobleme, Hüftprobleme, Haltungsschwierigkeiten, psychische Belastungen, Krebserkrankungen)Erkrankungen/ ggf. Tod von

Mutter: Geburtsjahr:	Schwangerschaften(mit dieser): Geburten (mit dieser):
Vater:	
Geschwister(welche):	
Großmutter mütterlicherseits:	
Großmutter väterlicherseits:	
Großvater mütterlicherseits:	
Großvater väterlicherseits:	
Tante/Onkel (mütterlich/väterlich??):	

Wenn uns auffällt, dass für Ihr Kind Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc. ausstehen, verschicken wir gerne Erinnerungskarten. Wenn Sie solche Erinnerungen wünschen, unterschreiben Sie bitte unten, wenn nicht, respektieren wir Ihren Wunsch ebenfalls.

Ich bin damit einverstanden, Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen, andere Untersuchungen, Impfungen, Tests etc. ggf. in offener Post zu erhalten.

Ja Nein

Datum

Unterschrift