

# Patientenfragebogen - Kind

(bis Ende Grundschulalter)



Antje Schubert  
25436 Moorrege  
Im Schlosspark 5  
04122 - 408 28 31

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ-Ort \_\_\_\_\_

Geschwister Anzahl/Alter \_\_\_\_\_

E-Mail Eltern \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen für Ihr Kind genau aus. Er dient mir zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

## Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns, was ist Ihr Ziel?

.....  
.....

## Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

.....

## Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Schlaganfall, Gefäßkrankheiten, Herzkrankheiten, Zuckerkrankheit, Rheuma, Krebs, Gicht, Allergien, Neurodermitis, Asthma, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Schuppenflechte, Migräne.

.....

## Welche Impfungen/Auffrischimpfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

.....

## Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Verhaltensveränderungen.

.....

## Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, usw.

.....

## Infekte

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung  
**Wenn ja, wie häufig? Behandelt mit Antibiotika?**

.....  
**Gibt es Allergien?**

Pollen/wann .....

Nahrungsmittel .....

andere .....

**Stuhlgang**           täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach .....  
Neigung zur Verstopfung oder Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig .....

**Haut**   Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, sonstiges .....

**Narben**           Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben?   0 Ja   0 Nein  
wo .....

**Schlaf**           Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen,  
Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Schnarchen

**Schlafzeit** von / bis .....

**Symptome, wie oft**   Bauch \_\_\_\_\_   Kopf \_\_\_\_\_  
Knochen/Gelenke \_\_\_\_\_    Infektneigung \_\_\_\_\_

**Ernährung**

	Süß	Sauer	Pikant	Salzig	Fleisch	Eier	Obst	Gemüse
Verlangen								
Abneigung								

**Lebt das Kind nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ernährungsvorlieben?**

Falls ja, welche? .....

**Körpergröße** ..... **Körpergewicht** .....

**Schule/Kindergarten** Geht Ihr Kind gerne hin   0 ja   0 nein  
Kommt es gut zurecht mit Erziehern/Lehrern   0 ja   0 nein   anderen Kindern   0 ja   0 nein  
sonstiges \_\_\_\_\_

Wurden alle **Vorsorgeuntersuchungen** beim Kinderarzt wahrgenommen   0 ja   0 nein

Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_  
**Wann konnte Ihr Kind ..... (bitte in Monaten angeben)**

krabbeln..... laufen ..... sprechen..... war es trocken .....

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind derzeit ein?

.....

### Während der Schwangerschaft

Gab es **Besonderheiten** während der Schwangerschaft?

Hat die **Mutter** Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?

Hatte die Mutter **Amalgamfüllungen** vor/während der Schwangerschaft?

Wurden Amalgamfüllungen gelegt oder entfernt?

Gibt es Allergien bei Mutter/Vater?

.....

.....

**Dauer**             zum errechneten Termin             früher, nach .....Wochen

**Geburt**             natürlich             Kaiserschnitt

**Stillen**             nein             ja, ca. ....Wochen ausschließlich, .....Monate insgesamt

**Krankengeschichte** Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Möglichst mit zeitlichen Angaben

.....

.....

.....

### Hinweis für die persönlichen Unterlagen

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der Verschwiegenheit.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlich anerkannten Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was **keinen** Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar- Rechnung hat.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt mit der Heilpraxis zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Datum/Unterschrift.....