



Naturheilzentrum  
Alstertal

# Kinder - Fragebogen

Heegbarg 16\* 22391 Hamburg \* 60012280

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

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

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

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

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. 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?**

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

**Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

**Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

**Infekte** Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung  
Wenn ja, wie häufig?

**Gibt es Allergien?** Nahrungsmittel.....  
Pollen oder andere .....

**Stuhlgang** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend,  
hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.  
**Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest**

**Haut** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

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

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

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

**Ernährung** **Verlangen** nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst  
**Abneigungen** gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

Falls ja, welche? .....

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

**Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufen .....sprechen..... war es trocken .....**  
Angaben bitte in Monaten

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?**

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung vorgenommen? Frühgeburt? Spontangeburt? Kaiserschnitt?  
Zangen-, Sauglockengeburt? Neugeborenenengelbsucht? Einnahme von Medikamenten?

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?**