



CHIROPRAKTIK

an der Elbe

PATIENTENFRAGEBOGEN KIND

BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

Vorname des Kindes

Namen der Erziehungsberechtigten

Nachname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

PLZ/Ort

Straße

Telefon

E-Mail

Anzahl der Geschwister

Männlich / Weiblich (Kind)

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Geburtsgewicht _____

Geburtsgröße _____

Aktuelles Gewicht _____

Aktuelle Größe _____

Geburtslage Scheitellage Steißlage Querlage Gesichtslage

Geburtsart Vaginalgeburt Zangengeburt Kaiserschnitt Saugglocke

PATIENTENFRAGEBOGEN KIND

1| Probleme während der Schwangerschaft:

2| Gab es eine künstliche Befruchtung?

- Ja
 Nein

3| Entbindung / Geburtsverlauf:

4| Waren nach der Geburt folgende Anzeichen vorhanden?

- Neugeborenenengelbsucht Zyanose Angeborene Anomalien

Wenn ja, bitte beschreiben: _____

5| Ernährung des Kindes?

- Brust Flasche / Produkt: _____ Brust und Flasche

6| Wie viele Stunden schläft das Kind?

Stunden: _____

- gut mittel schlecht

7| Kinder- / Familienarzt:

8| Impfungen:

9| Wie oft hat das Kind Antibiotika erhalten?

- in den letzten 6 Monaten: _____ im Laufe des Lebens: _____

PATIENTENFRAGEBOGEN KIND

10| Wurde Ihr Kind jemals in einer Notaufnahme behandelt?

- Ja, _____ Nein

11| Baby (0 bis 1 Jahr)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kann das Köpfchen nicht halten | <input type="radio"/> Hat Blähungen / Koliken |
| <input type="radio"/> Hat eine Liegeplatte | <input type="radio"/> Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang
(weniger als 1x täglich) |
| <input type="radio"/> Rücken überstreckt sich stark | <input type="radio"/> Zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung) |
| <input type="radio"/> Liegt nur auf dem Bauch | <input type="radio"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung |
| <input type="radio"/> Schläft nicht durch | <input type="radio"/> Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei
aufeinanderfolgenden Tagen) |
| <input type="radio"/> Schläft schlecht ein | |
| <input type="radio"/> Schläft kurz und unruhig | |

12| Kleinkind (1 bis 6 Jahre)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Hat das Krabbeln ausgelassen | <input type="radio"/> Zehenspitzenläufer |
| <input type="radio"/> Hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt | <input type="radio"/> Zeigt außergewöhnliche Reaktionen nach Impfung |
| <input type="radio"/> Hat mit 18 Monaten oder später laufen gelernt | <input type="radio"/> Bettnässen (über das Alter von 5 Jahren hinaus) |
| <input type="radio"/> Lutscht noch am Daumen (noch nach dem 5. Lj.) | <input type="radio"/> Häufige Ohren- und Naseninfektionen |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten, auf einem Bein zu hüpfen | <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren |
| <input type="radio"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe | <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) auch über das Alter von 6 bis 7 Jahren hinaus | |
| <input type="radio"/> Allergien? Wenn ja, welche? _____ | |

13| Schulkind (ab 6 Jahre)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Leseschwierigkeiten | <input type="radio"/> Schreibschwierigkeiten | <input type="radio"/> Rechenschwierigkeiten |
| <input type="radio"/> Konzentrationsmangel | <input type="radio"/> Unruhe | <input type="radio"/> Wahrnehmungsstörungen |
| <input type="radio"/> Probleme im Sportunterricht | <input type="radio"/> Reiseübelkeit | <input type="radio"/> Schwierigkeiten beim
selbstständigen Anziehen |
| <input type="radio"/> Trägt eine Zahnspange seit: _____ | | |

14| Hat das Kind während des Sports jemals eine Verletzung erlitten?

- Ja, _____ Nein

15| Hat sich das Kind jemals bei einem Autounfall verletzt?

- Ja, _____ Nein

PATIENTENFRAGEBOGEN KIND

16| Grund des Besuches in unserer Praxis?

- Mein Kind hat keine Beschwerden, es ist aus **prophylaktischen Gründen** hier.
- Die **Hauptbeschwerden** meines Kindes sind: _____

17| Litt oder leidet das Kind an folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> ADS / ADHS | <input type="radio"/> Herzprobleme | <input type="radio"/> Probleme beim Laufen |
| <input type="radio"/> Arm-Probleme | <input type="radio"/> Knochenbrüche | <input type="radio"/> Risse / Brüche / Hernien |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Koliken | <input type="radio"/> Rückenschmerzen |
| <input type="radio"/> Bein-Probleme | <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Schlechte Körperhaltung |
| <input type="radio"/> Bettnässen | <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Schnupfen / Grippe |
| <input type="radio"/> Blutarmut / Anämie | <input type="radio"/> Magenschmerzen | <input type="radio"/> Skoliose |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Muskelschmerzen | <input type="radio"/> Verdauungsstörungen |
| <input type="radio"/> Chronische Ohrenschmerzen | <input type="radio"/> Nacken-Probleme | <input type="radio"/> Verhaltensauffälligkeiten |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nasennebenhöhlen-Probleme | <input type="radio"/> Verstopfung |
| <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> Ohnmacht / Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> Wachstumsschmerzen |
| <input type="radio"/> Gelenk-Probleme | <input type="radio"/> Orthopädische Probleme | |
-
- Allergie auf _____
 - Anderes _____
 - Operationen _____
 - Medikamente _____
 - Unfälle _____
 - Familiengeschichte _____

18| Hat das Kind an einer der folgenden Rückenmarkstraumata gelitten?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Sturz mit einer Lauflernhilfe | <input type="radio"/> Sturz aus dem Kinderbett | <input type="radio"/> Treppensturz |
| <input type="radio"/> Sturz von Bett / Couch | <input type="radio"/> Fahrradsturz | <input type="radio"/> Sturz von der Wickelkommode |
| <input type="radio"/> Sturz mit Skateboard / Inliner | <input type="radio"/> Sturz von der Rutsche | <input type="radio"/> Sturz vom Klettergerüst |
| <input type="radio"/> Sturz von der Schaukel | <input type="radio"/> Sturz vom Hochstuhl | <input type="radio"/> Andere |

19| Treibt Ihr Kind Sport?

- gar nicht
- 1-2x die Woche
- 3-5x die Woche
- täglich

Wenn ja, welche Art von Sport? _____



CHIROPRAKTIK an der Elbe

Karoline Fliegel M.Sc. Feldstraße 5 22880 Wedel
Tel.: 04103 18 81 057 Mail: life@chiropraktik-elbe.de www.chiropraktik-elbe.de