

Kinderfragebogen

Name: _____

Datum: _____

1. 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/Saugglocke)?

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

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tbc | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <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**? Narben?

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

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 (z.B. Fluor-Tbl. – auch Naturheilmittel, Salben etc.)? **Bitte in die Praxis mitbringen!**