

Fragebogen Kinder

Liebe Eltern, ich freue mich, dass Sie sich bei mir angemeldet haben. Um Ihr Kind während der Zeit bei mir gut zu betreuen und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitte ich Sie, im Vorwege einige Fragen zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und ihre Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit mir persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die von mir separat ausgehändigt wird.

Ich freue mich auf Sie und Ihr Kind. Ihre Julia Kostial

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Telefonnummer der Mutter/des Vaters:

Bei wem ist das Kind versichert?:

Krankenkasse:

Behandelnder Kinderarzt:

Schwangerschaft

Wievielte Schwangerschaft/Geburt:

Verlauf:

Operationen/Verletzungen der Mutter während der Schwangerschaft:

Evtl. ärztl./physiotherap./osteopathische Behandlung der Mutter:

Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft/Stillzeit:

Wie erlebten Sie die Schwangerschaft?

War die Schwangerschaft gewollt?

Ging der Schwangerschaft eine künstliche Befruchtung voraus?

Geburt

Zum errechneten Zeitpunkt? ja/nein

Wenn nein: Wann?:

Dauer der Entbindung:

Art der Entbindung:

Verlauf:

Unterstützt oder Eingeleitet? ja/nein

Wenn ja: Wie wurde unterstützt?

Position des Kindes vor der Geburt:

Hinterhauptslage (=normal) / Beckenendlage / Andere:

Komplikationen?

Nabelschnur um Hals oder Kopf? ja/nein

Weitere:

Kristeller Handgriff / Saugglocke / Zange

Kaiserschnitt: ja/nein

Wenn ja: Notkaiserschnitt / geplanter Kaiserschnitt

Narkose: lokal / PDA / Vollnarkose

Geburtsdaten

Gewicht:

Größe:

Kopfumfang:

APGAR Index:

ph.Wert (Nabelschnur):

Auffälligkeiten bei der Kopfform des Kindes?

Wie war der erste Atemzug des Kindes? Hat es sofort geschrien?:

Hatten Sie mit Ihrem Kind nach der Entbindung sofort Kontakt?

Medikamente für das Kind nach der Geburt:

Impfungen bis heute (Datum und Wirkstoff):

Wie wurden die Impfungen vertragen?:

Musste ihr Kind schon einmal mit Antibiotika behandelt werden?:

Wurde ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, warum?

Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall?:

Verlauf der ersten Tage/Wochen

Wie war/ist der Schlaf des Kindes (tagsüber und nachts)?:

War oder ist es ein Schreibaby? ja/nein

Überstreckt oder überstreckte sich ihr Kind häufig? ja/nein

Gab es Probleme beim füttern/bei der Nahrungsaufnahme?

Wird/wurde ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

Bei älteren Kindern

Wann konnte das Kind zum ersten mal alleine

sitzen:

stehen:

laufen:

Gibt es Besonderheiten bei den Essgewohnheiten?

Allergien?

Wie ist die Sprachentwicklung?

Wird/wurde ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

Wo sind entzündliche Erkrankungen (wie z.B. Erkältungen) hauptsächlich lokalisiert?

Gab/gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Gibt es Auffälligkeiten in der Schule?

Familienanamnese

Gibt es Krankheiten in der Familie?

Wenn ja, welche?

Was ist zurzeit das Hauptproblem / Motiv der Konsultation?: