

Herzlich willkommen in unserer Praxis für ganzheitliche Medizin De Groodt

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch an uns zurückzusenden oder bei der ersten Behandlung mitzubringen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten. Nehmen Sie sich bitte genug Zeit.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Körpergrösse/ Gewicht: _____

Blutgruppe (falls bekannt): A B AB O

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leidet Ihr Kind und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Welche Behandlungen wurden bis jetzt bereits gemacht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mässig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen

Hautausschläge kein Zusammenhang bekannt

Andere Auslöser: _____

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit ein?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat.

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind gehabt?

Masern Mumps Röteln Windpocken Scharlach Salmonellose

Bakterienruhr Keuchhusten Tropenkrankheiten Tuberkulose

Pfeiffersches Drüsenfieber

Andere: _____

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja nein

Hat Ihr Kind Narben von Operationen?

ja nein

Leidet Ihr Kind oft unter Erkältungskrankheiten? Ist Ihr Kind häufig krank?

ja nein

Familienerkrankungen

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Geschwister)

Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie

Herzkrankheiten Schlaganfall Asthma Zuckerkrankheit

Gefässerkrankungen Rheumatismus Steinkrankheiten Allergien

Multiple Sklerose Schuppenflechte Gicht Neurodermitis

Depressionen Suizid Migräne Geschlechtskrankheiten

Andere Krankheiten: _____

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Tuberkulose (BCG) Röteln Polio (Kinderlähmung) Cholera

Diphtherie Gelbfieber Tetanus Hepatitis HIB Pocken

Keuchhusten Grippe Masern Mumps Zeckenkrankheit

Hirnhautentzündung HPV Andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Verhaltensveränderungen

Schlaflosigkeit Unruhe Andere: _____

Entwicklung

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

Verlief die Geburt normal? ja nein

Besonderheiten:

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? laufen? sprechen? war es trocken?
(Angaben bitte in Monaten)

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes? Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf

Schwierigkeiten beim Einschlafen Zähneknirschen Nachtschweiss

lebhafte Träume häufiges Erwachen – um wie viel Uhr:

häufiges Wasserlassen – wie oft? _____

Schlafzeit von/bis: _____

Ernährung

Wie viel Liter trinkt Ihr Kind täglich? _____

Was trinkt Ihr Kind? _____

Welche Nahrungsmittel konsumiert Ihr Kind?

Milchprodukte Süssigkeiten Weissmehlprodukte Kuchen

Eier Zucker Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel kann Ihr Kind nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

Süssem Sauerem Pikantem Bitterem Salzigem Scharfem Fleisch

Eier Obst Nikotin Alkohol Süssigkeiten

Abneigung gegen:

Süsses Saueres Pikantes Bitteres Salziges Scharfes Fleisch Eier

Fett Alkohol

Nahrungsmittelallergien gegen: _____

Andere Allergien (z. B. Pollen):

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wären Sie allenfalls bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu optimieren?

ja nein

Wohnung

Ist das Kinderschlafzimmer auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

ja nein

Wie sind Ihre Wohnung und Ihre Wohnumgebung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

Bäche, Flüsse in der Nähe Schimmelpilzbelastung Teppichböden

Mikrowelle/Induktionsherd zum Kochen

Wie ist der Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone/Internet elektrische Geräte im Stand-by-Modus

Wasserbett Bett mit eingebautem elektrischem Motor

Schlaflage:

Bauch Rücken links rechts

sitzend kniend zusammengerollt

Systembefragung

Kopf:

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

häufig selten nie

Wenn ja, wo und wann?

Stirn-Augen-Schläfen-Region Hinterhauptregion halbseitig links

halbseitig rechts doppelseitig wandernd von links nach rechts

wandernd von rechts nach links morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verringert die Schmerzen?: _____

Was verschlimmert die Schmerzen?: _____

Haare:

Haarausfall kreisrunder vereinzelter Seit wann? _____

Augen:

Bindehautentzündungen kurzsichtig weitsichtig Brille seit: _____

Sonstige Beschwerden: _____

Ohren:

- Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig schwerhörig
- Ohrengeräusche Ohrendruck Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer:

- häufige Zahnarztbesuche Beschwerden bei der Zahnung tote Zähne
- wurzelbehandelte Zähne erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Zähne empfindlich auf: heiss kalt

Wurden bei Ihrem Kind Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Titan Kunststoff Keramik

Nase:

- Operationen Heuschnupfen häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen
- behinderte Nasenatmung verstopfte Nase Allergien auf: _____

Absonderungen : wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln:

- Operation häufige Mandelentzündungen

Brust/Bauch/Rücken

- Beschwerden Operation Druckgefühl Lungenentzündung Bronchitis
- häufiger Husten Atemnot

Leber:

- Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen:

Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Sodbrennen Essstörungen

Rücken:

Häufige Schmerzen Skoliose

Niere/Blase:

Nierensteine Entzündungen

Harn viel wenig häufig Bettnässen kann Harn nicht halten

Geruch nach: _____

Darm:

Infektionen Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang Geruch nach: _____ täglich jeden 2. Tag

unregelmässig häufige Verstopfung Neigung zu Durchfall

kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Konsistenz des Stuhls hell dunkel übel riechend hart knollig

weich schmierig pastenartig schwimmend tauchend

Arme/Beine/Rücken/Haut:

Arme Verletzungen Schmerzen Kribbeln kalte Hände

Taubheit geschwollen Einschlafen

Beine Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen

kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl Rückstauungen

Rückenbeweglichkeit Verspannungen entzündlich steif/eingeschränkt

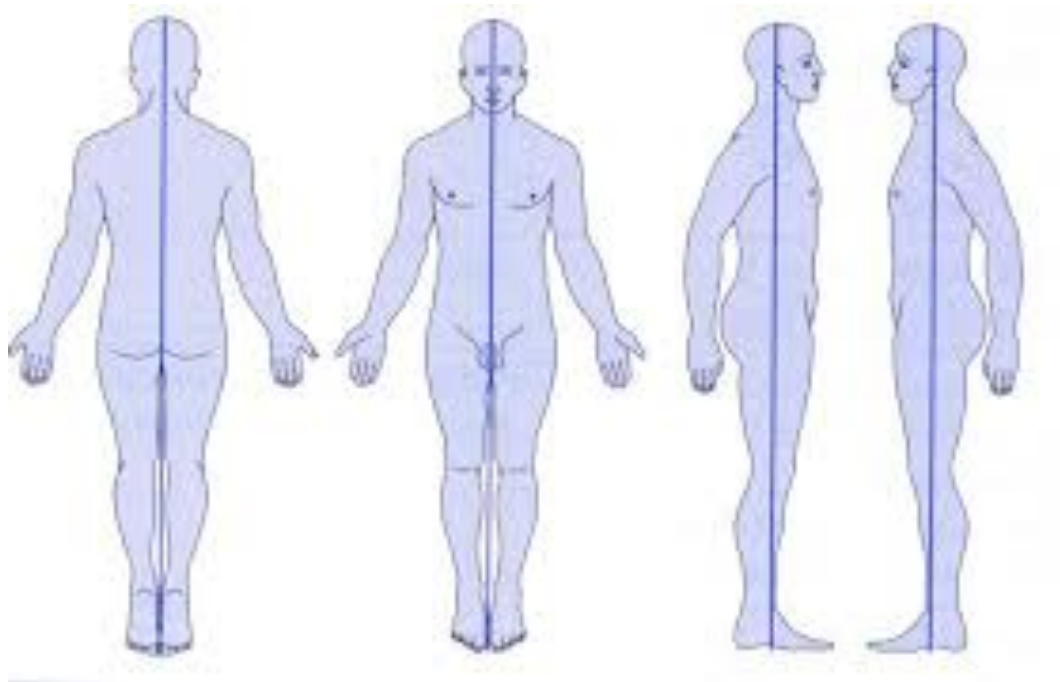
Haut/Nägel:

Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken Warzen

Pilzbefall eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen

Schmerzbefragung

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!



Kreuz = punktförmiger Schmerz **Linie = unklare Schmerzlokalisierung**

Pfeil = ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10: 1 = schwach 5 = mittel 10 = sehr stark

Die Schmerzskala liegt bei: _____

Seit wann hat Ihr Kind die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft hat es die Schmerzen? immer mehrmals am Tag alle paar Tage

wöchentlich seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend brennend stechend klopfend

drückend krabbelnd reissend kolikartig krampfend dumpf

beengend bohrend

Was verschlimmert die Schmerzen? körperliche Belastung längeres Stehen

Sitzen Gehen Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten/Niesen

Wetterlage Monatsblutung Tageszeit: _____

Sonstiges: _____

Was verringert die Schmerzen? Ruhe Schlaf Bewegung Sport Kälte

Wärme Schmerzmittel Urlaub

Zusätzliche Symptome zum Schmerz: Hautrötung Blässe Schwellung

Berührungsempfindlichkeit Schweissbildung Seh- oder Hörstörungen

Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel

Bewegungseinschränkung

Bisherige Schmerzbehandlung? _____
