

Kinder- Kurzinformation

Name: _____
 Adresse: _____
 PLZ, Ort: _____
 Tel-Nr: _____
 E-mail: _____
 Geburtstag: _____ Alter : _____

Name Deiner Hausapotheke: _____
 Strasse: _____ Ort: _____
 Tel: _____ Fax: _____
 Welche Medikamente / Dosierung nimmt Dein Kind?

 Krankenversicherung: _____

Geschlecht: männlich weiblich
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geburtsgewicht: _____ kg Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Geburt: rechtzeitig zu früh zu spät Komplikationen

Ernährung: gestillt bis _____ Fläschchen

Zahnung: 1. Zahnchen mit _____ Monaten Probleme beim Zahnen keine Probleme

Laufen: mit _____ Monaten Sprechen: mit _____ Monaten Trocken: mit _____ Monaten

Eltern:

Vater: _____ Geb.-Datum _____ Beruf : _____ Krankheiten: _____

Mutter: _____ Geb.-Datum _____ Beruf : _____ Krankheiten: _____

Geschwister:

Name: _____ Geb.-Datum _____ Krankheiten: _____
 _____ Geb.-Datum _____ Krankheiten: _____
 _____ Geb.-Datum _____ Krankheiten: _____
 _____ Geb.-Datum _____ Krankheiten: _____
 _____ Geb.-Datum _____ Krankheiten: _____

Gibt es Haustiere in Eurer Familie ? Wenn ja welche

Welche auffallenden Erkrankungen liegen bei anderen Blutsverwandten (Oma , Opa , Tante, Onkel etc.) vor ? (Erbkrankheiten, Rheuma, Krebs, Herzerkrankungen, Allergien usw.)

Beziehung	Alter	Name	Krankheiten

Welche auffallenden Erkrankungen hat bzw. hatte Dein Kind bisher?

Gibt es Probleme in Deinem Haus/ Wohnung(Feuchtigkeit, Ungeziefer, giftige Absonderungen usw.)?

Welche Impfungen hat Dein Kind bisher bekommen?

Wurden die Impfungen gut vertragen? _____

Wurde Ihr Kind schon mal operiert? _____

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bis jetzt durchgemacht?

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft? _____

Mein Kind ist Linkshänder Rechtshänder

Liegt eine angeborene oder erworbene Behinderung vor?
Wenn ja welche?

ja nein

Gesundheitsbefragung

Kurzinformation zu wiederkehrenden Symptomen

Alle Informationen dienen zur Erfüllung der Sorgfaltspflicht und werden vertraulich behandelt

Hatte Dein Kind in den letzten Monaten Probleme mit einem oder mehreren der im folgenden genannten Symptome, kreuze bitte an:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Häufige oder starke Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit bei normaler Anstrengung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie / Neigung zu Krämpfen | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe | <input type="checkbox"/> Einnässen |
| <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Nackenschwellungen oder Knoten | <input type="checkbox"/> brauner od .blutiger Urin |
| <input type="checkbox"/> Verlust des Gleichgewichts | <input type="checkbox"/> schwacher Urinstrahl |
| <input type="checkbox"/> Benommenheitsphasen | <input type="checkbox"/> Probleme Wasser zu lassen |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> häufiger Harndrang |
| <input type="checkbox"/> Trägt Ihr Kind eine Brille | |
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Sicht | |
| <input type="checkbox"/> Verschlechterung der Sehkraft | |
| <input type="checkbox"/> Doppelsehen | Für Jungen |
| <input type="checkbox"/> Farben oder Lichtersehen | <input type="checkbox"/> Brennen oder Absonderungen |
| <input type="checkbox"/> Augenschmerzen oder – jucken | <input type="checkbox"/> Hodenschwellung oder Knoten |
| <input type="checkbox"/> Wässrige Augen | <input type="checkbox"/> Hodenschmerzen |
| | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand |
| | <input type="checkbox"/> Phimose |
| <input type="checkbox"/> häufige Mittelohrentzündungen | Für Mädchen |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Gehör | <input type="checkbox"/> Erste Regel mit ____ Jahren |
| <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen | <input type="checkbox"/> Ausbleiben der Periode |
| <input type="checkbox"/> auffallende Absonderungen aus dem Ohr | <input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen |
| | <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Periode |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> starke Blutungen |
| <input type="checkbox"/> schmerzendes, blutendes Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> Senkungsgefühl im Unterbauch |
| <input type="checkbox"/> Schmerzende , brennende Zunge | <input type="checkbox"/> vaginale Absonderungen |
| | <input type="checkbox"/> genitale Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> Herpesinfektionen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Verkehr |
| | <input type="checkbox"/> Schwellung oder Knoten in der Brust |
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> schmerzhaft Brüste |
| <input type="checkbox"/> laufende Nase | <input type="checkbox"/> Schmerzen in Muskeln od. Gelenken |
| <input type="checkbox"/> häufige Niesanfälle | <input type="checkbox"/> geschwollene Gelenke |
| <input type="checkbox"/> häufig Schnupfen | <input type="checkbox"/> Rücken –od. Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Schwäche in Armen od. Beinen |
| | <input type="checkbox"/> Fußschmerzen |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Beinkrämpfe |
|
 |
 |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Auswurf | <input type="checkbox"/> Warzen |
| <input type="checkbox"/> Auswurf blutig | <input type="checkbox"/> juckende od. brennende Haut |
|
 | <input type="checkbox"/> schnell blaue Flecken |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen /Herzrasen |
 |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Nervosität oder Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Nervös mit Fremden |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Nägelkauen |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Unentschlossenheit |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlechte Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Blähbauch | <input type="checkbox"/> Geistesabwesenheit |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust |
| <input type="checkbox"/> schwarzer Stuhl | <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit |
| <input type="checkbox"/> grauer Stuhl | <input type="checkbox"/> Sorgenvoll |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Rektum | <input type="checkbox"/> beängstigende Träume oder Gedanken |
| <input type="checkbox"/> After jucken | <input type="checkbox"/> Verzweiflung |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Scheu |
|
 | <input type="checkbox"/> empfindlich bei Kritik |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ohne Diät | <input type="checkbox"/> leicht zu verärgern |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Familiäre Probleme |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Probleme in Kindergarten/ Schule / Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> Immer hungrig | <input type="checkbox"/> Sehr ordentlich/ pedantisch |
| <input type="checkbox"/> vorwiegend kalte Hände | <input type="checkbox"/> Einsamkeitsgefühl oder Depression |
| <input type="checkbox"/> oder Füße | <input type="checkbox"/> Häufiges Weinen |
|
 | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Entspannen |
| <input type="checkbox"/> Ungewöhnliche Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Schwäche | <input type="checkbox"/> Beanspruchen Sie psychiatrische/ |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> therapeutische Hilfe |
| <input type="checkbox"/> Fieber | |
| <input type="checkbox"/> Frost | |
| <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit | |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | |
| <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | |

Sind im Zusammenhang mit den Beschwerden ernsthafte Erkrankungen ausgeschlossen worden, z.B. Krebs, Tumore usw. ?

Kommentare der Probleme: ggf. ein separates Blatt benutzen

Ich bitte um rechtzeitige Rücksendung der unterschriebenen Unterlagen. Dadurch erst wird der oben genannte Behandlungstermin verbindlich.

Ich bin mit den aufgeführten Punkten sowie der homöopathischen Behandlung meiner Tochter /meines Sohnes einverstanden und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum _____

Unterschrift _____