

Personalien Kind

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Grösse und Gewicht _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

Personalien Mutter

Name, Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon, Natel _____

e-mail _____

Personalien Vater

Name, Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon, Natel _____

e-mail _____

Als Vorbereitung auf das Erstgespräch bitte ich Sie, diesen **Fragebogen** auszufüllen und zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises**, allfälligen **Arztberichten** und gegenwärtig eingenommenen **Medikamenten** an die erste Besprechung **mitzubringen**.

Alle Fragen sollten immer aus Sicht des Patienten beantwortet werden. Fragen Sie auch Verwandte und Ärzte, um möglichst vollständige und genaue Angaben zu erhalten. Empfehlenswert ist, sich für die Ausfüllung des Fragebogens genügend Zeit zu nehmen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die therapeutische Schweigepflicht.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Familienvorgeschichte

Welche Krankheiten gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft oder woran sind diese gestorben?

Gefässkrankheiten, Blasenentzündungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Bluthochdruck, Arthrose, Rheumatismus /Gicht, Diabetes, Steinleiden (Galle, Niere, Blase), Magengeschwüre, Gastritis, Multiple Sklerose MS, Parkinson, Krebs, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Magengeschwüre, Geschlechtskrankheiten, Lähmungen, Menstruationsbeschwerden, Hauterkrankungen (Neurodermitis, Ekzeme, Warzen, Psoriasis, Nesselsucht), Allergien, Ohrenentzündungen, Abort/Fehlgeburt, Missbildungen, Zwillinge, Drillingen etc., Süchte, Alkoholismus, Psychische Erkrankungen, Selbstmord, Epilepsie, Myome, Atmungsstrakt (Lungenentzündung, Tuberkulose, Heuschnupfen, Asthma), Augenerkrankungen oder anderes?

Urgrosseltern (Mutterseite)		Urgrosseltern (Vaterseite)	
Grossvater (Mutterseite)	Grossmutter (Mutterseite)	Grossvater (Vaterseite)	Grossmutter (Vaterseite)
Mutter	Geburtsdatum:	Vater	Geburtsdatum:
Onkel/Tanten		Onkel/Tanten	
Geschwister			
Alter			

Eigene Vorgeschichte

Bitte tragen Sie auf dem Zahlenstrahl in chronologischer Reihenfolge alle jemals erfahrenen Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle und Operationen ein. Beispiele dazu finden Sie in der linken Spalte.

Chronologischer Ablauf

Kindheit:

Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Rachitis, Entwicklungsstörungen, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen, etc.

Kinder- und Infektionskrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeifferisches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Kinderlähmung, Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Parasiten, Würmer, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, Trichomonaden, Chlamydien), Scheidenpilz, Nieren-, Blasenentzündungen, Stirn-, Kieferhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknotenschwellungen, etc.

Haut:

Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphthen, Geschwüre, Pilzkrankungen, etc.

Unfälle, Verletzungen, Operationen:

Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, etc.

Allgemeine Krankheiten:

Krebs, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.

Allgemeines:

Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte, Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Alkohol, Bluttransfusionen, etc.

Prägende Ereignisse

Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kuraufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastung, unterdrückte Emotionen, Todesfälle etc.

Geburt

Entwicklung

Termingeburt? Zu früh, zu spät? Geburtslage?

In welcher Umgebung fand die Geburt statt?

Wie lange dauerte die Geburt? Gab es Schwierigkeiten?

Wurden Hilfsmittel eingesetzt (Kaiserschnitt, Vakuum-Extraktion, Zange, Dammschnitt, Medikamente)

Gab es Auffälligkeiten in den folgenden Bereichen? Erinnern Sie sich an den ungefähren Zeitpunkt?

Kopfbeugen?

Krabbeln?

Einseitige Bewegungen?

Einseitige Körperhaltung (z.B. Schiefhals)?

Sitzen?

Stehen?

Gehen?

Gibt es/Gab es auffällige, sich wiederholende Bewegungen?

Geschicklichkeit?

Bewegungsdrang?

Sprachentwicklung, Deutlichkeit der Aussprache, Stottern, Lispeln?

Ab welchem Zeitpunkt wollte das Kind selbstständig aufs WC? Gab es Rückfälle?

Kinderkrankheiten

Alter	Folgezustände?
Mumps?	
Scharlach?	
Windpocken?	
Masern?	
Röteln?	
Keuchhusten?	

Impfungen? Evtl. Reaktionen darauf?

Welche?	Wann?
Polio (Kinderlähmung)?	
DTP (Diphtherie), Tetanus, Pertussis (Keuchhusten)?	
MMR (Masern, Mumps, Röteln)?	
HIB (Haemophilus Influenza B)?	
Grippe?	
FSME?	
Tollwut?	
andere?	
Unfälle, Operationen, Spitalaufenthalte?	

Nimmt das Kind zurzeit Medikamente ein? Welche?

Ist das Kind im Moment zusätzlich in anderer Behandlung?