

Gesundheitsfragebogen für Kinder 0 - 2 Jahre

Liebe Eltern!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe zu Hause aus. Ihre Angaben helfen mir, Ihr Kind besser kennenzulernen und die Behandlung individuell abzustimmen. Vielen Dank für Ihre Zeit & Offenheit!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum & Alter:

Ort der Entbindung:

Hebamme:

Kinderarzt/ärztin:

Beruf der Mutter:

Beruf des Vaters:

Aktuelle Situation

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Wie erleben Sie Ihr Kind momentan (Wesen, Schlaf, Ernährung, Stimmung)? (Stichpunkte)

Gibt es etwas, das Ihnen besonders auffällt oder Sorgen bereitet?

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft / Geburt war es?

Wie verlief die Schwangerschaft insgesamt?

Gab es gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft?

Hatten Sie in den ersten Wochen eine Virusinfektion oder Fieber?

.....

Gab es während der Schwangerschaft (z. B. im 6. Monat) starken emotionalen Stress?

.....

Wurden diagnostische Untersuchungen durchgeführt (z. B. Ultraschall, Fruchtwasseruntersuchung, Röntgen)?
Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie in der Schwangerschaft oder Stillzeit Medikamente eingenommen oder Impfungen erhalten?

.....

Gab es besondere Ereignisse oder Komplikationen (z. B. Infektionen, Blutungen, Stürze, Medikamente, Einnahme der Pille vor Schwangerschaft)?

.....

Geburt

Kam Ihr Kind zum errechneten Zeitpunkt zur Welt? Wenn nein, wie viele Tage/Wochen Unterschied gab es?

.....

Wie lange dauerte die Geburt?

.....

Wurde die Geburt eingeleitet (z. B. Wehentropf) oder verlief sie spontan?

.....

Gab es während der Geburt Komplikationen?

.....

Welche Lage hatte Ihr Kind vor der Geburt (z. B. Hinterhauptslage, Beckenendlage)?

.....

Gab es besondere Umstände (z. B. Nabelschnur um Hals oder Kopf, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt, PDA, Vollnarkose, Kristeller-Handgriff)?

.....

Wie verlief der Geburtsprozess insgesamt?

.....

Geburtsdaten des Kindes:

Gewicht:g

APGAR-Werte:

Größe:cm

pH-Wert:

Kopfumfang:cm

Wurden dem Kind nach der Geburt Medikamente oder Impfungen gegeben? Wenn ja, welche?

.....

Impfung:

Impfung:

.....

.....

.....

.....

Wird/Wurde das Kind gestillt? Gab es Stillprobleme?

.....

Allgemeiner Zustand & Verhalten

Wie präsentiert sich Ihr Kind derzeit (Wesen, Aktivität, Stimmung)?

.....

Überstreckt oder überstreckte sich Ihr Kind häufig (z. B. im Schlaf oder beim Tragen)?

.....

Kann Ihr Kind gut auf dem Bauch liegen und den Kopf heben? ☐ Ja

☐ Nein

Schwitzt Ihr Kind häufig? Wenn ja, wo?

.....

Wie ist der Schlaf des Kindes (Einschlafen, Durchschlafen, Unruhe)?

.....

Sind Ihnen Unterschiede zwischen der rechten und linken Seite aufgefallen (z. B. Kopfdrehung, Strampeln, Greifen) oder hat Ihr Kind eine „Lieblingsseite“?

.....

Wie ist die Verdauung Ihres Kindes (Stuhlgang, Blähungen, Spucken)?

.....

Wie reagiert Ihr Kind auf Geräusche, Licht, Berührungen?

.....

Spuckt Ihr Kind häufig oder stark? ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist der Muskeltonus (wirkt es entspannt oder angespannt)?

.....

Hebt Ihr Kind den Kopf in Bauchlage? ☐ Ja ☐ Nein

Dreht es sich bereits vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt?

.....

Verfolgt es Gesichter oder Gegenstände mit den Augen? ☐ Ja ☐ Nein

Lächelt Ihr Kind? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es Laute von sich (Brabbeln, Lallen)?

.....

Wie reagiert Ihr Kind auf Ansprache?

.....

Wie ist die allgemeine Entwicklung (Motorik, Interesse, Aufmerksamkeit)?

.....

Entwicklung im 1.-2. Lebensjahr

Wann konnte Ihr Kind:

Sitzen: Sich hochziehen:

Robben: Ohne Hilfe laufen:

Krabbeln:

Wie sind die Koordination und das Gleichgewicht?

.....

Wie schläft Ihr Kind (Einschlafen, Durchschlafen, Alpträume, Unruhe)?

.....

Gesundheit & medizinische Fragen

Gab es bisher Erkrankungen, Arztbesuche oder Behandlungen? Wenn ja, welche?

.....

.....

Gab es Fieber, sehr hohes Fieber, Krämpfe oder auffällige Reaktionen (z. B. Bewusstlosigkeit)?

.....

Welche Medikamente oder homöopathischen Mittel hat Ihr Kind bisher erhalten?

.....

Wurden dem Kind nach der Geburt Medikamente oder Impfungen gegeben? Wenn ja, welche?

.....

Impfung:

.....

.....

Impfung:

.....

.....

Gab es Operationen oder Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, was?

.....

Wie beschreiben Sie das Ess- & Trinkverhalten Ihres Kindes?

.....

Was isst und trinkt Ihr Kind gewöhnlich?

Frühstück:

.....

.....

.....

Mittag:

.....

.....

.....

Abendbrot:

.....

.....

.....

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht gefragt wurden?

.....

.....