

Gesundheitsfragebogen für Kinder 3 – 6 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)

.....

.....

Welche Therapien/Diagnostik wurde bereits durchgeführt?

.....

.....

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

.....

Hobbies:

Sport

Medienzeit am Tag:

.....

.....

.....

.....

.....

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft / Geburt war es?

.....

Gab es gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft?

.....

Hatten Sie in den ersten Wochen der Schwangerschaft eine stärkere Virusinfektion?

.....

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?

.....

Erfolgte eine Hormonbehandlung oder war die Empfängnis das Ereignis einer In-vitro-Fertilisation (IVF)?

.....

Gab es während der Schwangerschaft besondere Ereignisse oder Komplikationen, die Sie erwähnen möchten
(z. B. Einnahme der Pille, Medikamente, Infektionen)?

.....

Wurden während der Schwangerschaft oder Stillzeit Medikamente eingenommen oder haben Impfungen
stattgefunden?

.....

Geburt

Kam Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin zur Welt? Wenn ja, wie viele Tage/Wochen Unter-
schied 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)?

.....

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:

.....

.....

.....

.....

Wurde eine Operation nach der Geburt durchgeführt? Wenn ja, welche?

.....

Wurde das Kind gestillt? Gab es Stillprobleme?

.....

Wie war Ihr Kind als Baby – vom Wesen her, vom Körpertonus und von seinem Verhalten?

.....

Frühkindliche Entwicklung (0-18 Monate)

Hatte Ihr Kind in den ersten 13 Lebenswochen Schwierigkeiten beim Saugen oder Trinken (Brust oder Flasche)?
Hat es viel gespuckt?

.....

Konnte Ihr Kind den Kopf erst nach dem 4. Monat sicher halten?

.....

War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten auffallend ruhig – so ruhig, dass Sie sich manchmal sorgten?

.....

War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat sehr aktiv, fordernd und/oder hat wenig geschlafen oder viel geschrien?

.....

Hat sich Ihr Kind etwa ab dem 6. Monat oder nur mit physiotherap. Hilfe vom Rücken auf den Bauch gedreht?

.....

Hat sich Ihr Kind auf ungewöhnliche Weise fortbewegt (z. B. rollend, auf dem Po rutschend oder im „Bärengang“)? Wenn ja, bitte beschreiben:

.....

Hat ihr Kind auffallend früh (unter 12 Monaten) oder auffallend spät (nach 18 Monaten) laufen gelernt?

.....

Motorische Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der motorischen Entwicklung (z. B. Hand-Fuß-Koordination, Gleichgewicht o. ä.)?

.....

Wann konnte Ihr Kind:

Sitzen:

Sich hochziehen:

Robben:

Ohne Hilfe laufen:

Krabbeln:

Fährt Ihr Kind Laufrad, Roller oder Fahrrad?

.....

Wie würden Sie die Feinmotorik Ihres Kindes beschreiben (z. B. Malen, Schneiden, Umgang mit Stiften)?

.....

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, sich selbst anzuziehen zu lernen?

.....

Sprachliche und soziale Entwicklung

Hat Ihr Kind spät zu sprechen begonnen (Zwei- oder Dreiwortsätze erst nach 2,5 Jahren)?

.....

Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes beschreiben (z. B. eher anführend, anpassend, ruhig, lebhaft, zurückhaltend)?

.....

Überstreckt bzw. überstreckte sich Ihr Kind häufig, z. B. im Schlaf oder Tragen?

.....

Gab es im Vorschulalter Besonderheiten wie Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit oder starkes Klammern?

.....

Gesundheit und Erkrankungen

Hatte Ihr Kind in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten mit hohem Fieber oder Krämpfen? Falls ja, hat es danach etwas nicht mehr so gut gekonnt wie vorher?

.....

Leidet oder litt Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma?

.....

Zeigt Ihr Kind allergische Reaktionen? Wenn ja, welche?

.....

Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen? Wenn ja, welche?

.....

Hat Ihr Kind länger als bis etwa zum 5. Lebensjahr am Daumen gelutscht? Fall ja, an welchem (li. oder re.?)

.....

Macht oder machte Ihr Kind nach dem 5. Lebensjahr gelegentlich noch ins Bett?

.....

Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?

.....

Hat Ihr Kind Auffälligkeiten mit der Haut, den Atemwegen oder der Verdauung? Wenn ja, bitte beschreiben:

.....

Welche Medikamente oder homöopathischen Mittel hat Ihr Kind bisher erhalten?

.....

Aus welchen Gründen wurde bisher ärztliche Hilfe in Anspruch genommen (häufige Erkrankungen, Diagnosen)?

.....

Gab es Operationen oder Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, was?

.....

Ernährung

Wie würden Sie das Essverhalten Ihres Kindes beschreiben?

.....

Was trinkt Ihr Kind bevorzugt?

.....

Was isst und trinkt Ihr Kind gewöhnlich?

Frühstück:

Mittag:

Abendbrot:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Schlaf

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes derzeit (Einschlafen, Durchschlafen, Träume, Ruhe, Albträume)?

.....

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

.....

.....