

Gesundheitsfragebogen für Kinder 7 - 12 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:

Schule/Klasse:

Geburtsdatum & Alter:

Ort der Entbindung:

Hebamme (falls bekannt):

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 (besonders 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 (0-6. Lebensjahr)

Gab es Schwierigkeiten beim Trinken/Saugen? Oder hat Ihr Kind viel gespuckt?

.....

Wie entwickelte sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahren?

.....

.....

.....

Konnte Ihr Kind den Kopf zeitgerecht (vor dem 4. Monat) halten?

.....

War Ihr Kind sehr ruhig oder besonders aktiv?

.....

Drehte es sich selbständig vom Rücken auf den Bauch?

.....

Hat sich Ihr Kind auf ungewöhnliche Weise fortbewegt (z. B. Po rutschen, Rollen, Bärengang)?

.....

Wie verlief die Sprachentwicklung? (Wann Zwei- und Dreiwortsätze?)

.....

Gab es Besonderheiten in der Motorik oder im Gleichgewicht?

.....

Wann konnte Ihr Kind:

Sitzen:

Sich hochziehen:

Robben:

Ohne Hilfe laufen:

Krabbeln:

Fährt Ihr Kind Laufrad, Roller oder Fahrrad?

.....

Wie war die Feinmotorik in den ersten Jahren (z. B. Malen, Schneiden, Umgang mit Stiften)?

.....

Wie war das Sozialverhalten (eher anführend, anpassend, ruhig, zurückhaltend)?

.....

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

.....

Gab es im Vorschulalter Auffälligkeiten (Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Unruhe, Klammern)?

.....

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Anziehen lernen?

.....

Schulzeit (6.-8. Lebensjahr)

Hatte Ihr Kind in den ersten Schuljahren Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben lernen?

.....

Falls es zunächst Druckschrift erlernte - hatte es Probleme beim Übergang zur Schreibschrift/Grundschrift?

.....

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten die Uhrzeit auf einer analogen Uhr abzulesen oder sich in Wochentagen/Monaten zu orientieren?

.....

Hatte es Schwierigkeiten Fahrrad fahren zu lernen (ohne Stützräder)?

.....

Hatte es Schwierigkeiten Schwimmen zu lernen?

.....

Konnte es besser unter Wasser (tauchen) als über Wasser schwimmen?

.....

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einen Ball zu fangen oder andere Probleme mit der Hand-Auge-Koordination?

.....

Schulzeit (9.-12. Lebensjahr)

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten still zu sitzen und wird es deswegen vom Lehrer häufig ermahnt?

.....

Nimmt es oft eine auffällige Sitzhaltung ein (z. B. Sitzen auf den Füßen oder um die Stuhlbeine gewickelt)?

Macht Ihr Kind viele Fehler, wenn es aus einem Buch oder der Tafel abschreibt?

Verdreht Ihr Kind beim Schreiben (z. B. in Aufsätzen) Buchstaben, lässt Wörter aus oder schreibt Zahlendreher?

Reagiert Ihr Kind auf plötzliche Geräusche oder Bewegungen besonders stark oder schreckhaft?

Gesundheit und Erkrankungen

Hatte Ihr Kind Krankheiten mit Fieber, sehr hohem Fieber, Krämpfen oder Bewusstlosigkeit?

Gab es danach bleibende Veränderungen (z. B. Bewegung oder Sprache)?

Leidet oder litt Ihr Kind unter Hautproblemen, Asthma oder Allergien?

Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?

Lutscht oder lutschte Ihr Kind lange am Daumen (über das 5. Lebensjahr hinaus)? Wenn ja links oder rechts?

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

Litt oder leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?

Gab es häufig Erkrankungen der Haut, Atemwege oder Verdauung?

Litt oder leidet Ihr Kind häufig an Infektionen im Hals, Nasen, oder Ohrenbereich?

.....

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?

.....

.....