

Fragebogen Kinder

Name: _____ Alter : _____
Diagnose: _____ Kinderarzt: _____

Bisherige Therapie: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Es ist ein leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Adoptivkind

Schwangerschaft:

Vorausgegangene Schwangerschaft/en: _____ Geburten (mit dieser): _____

- Komplikationen in der Schwangerschaft Wenn Ja, welche? _____
 Medikamente in der Schwangerschaft Wenn Ja, welche? _____
 Rauchen, Alkohol oder Drogen in der Schwangerschaft (Zutreffendes bitte unterstreichen.)
 Diabetes

Lage des Kindes im Mutterleib: _____

Geburt

- Spontane Geburt Geburt nach Einleitung Geplanter Kaiserschnitt
 Not-Kaiserschnitt
 Komplikationen während der der Geburt Wenn Ja, welche? _____
 Saugglocke/Zange trübes Fruchtwasser bläuliche Färbung
 Nabelschnurumschlingung Beatmung Wenn Ja, wie lange? _____
 Abweichende Herzöne Monitorüberwachung Neugeborenenengelbsucht

Nahrungsaufnahme

- Ich stille Ich habe gestillt
Mein Kind hat / hatte:
 vermehrten Speichelfluss spuckt viel eine Trinkschwäche
 Dreimonatskoliken eine Magensonde Krampfanfälle
 Sehbeeinträchtigung Hörbeeinträchtigung

Verdauung

- geformter Stuhl ungeformter, breiiger Stuhl Durchfälle
 Verstopfung

Sonstiges

- Mein Kind:
 schreit viel schwitzt viel friert schnell
 hat häufige Infekte, welche? _____
 hat folgende Allergien: _____

Beschreiben Sie kurz den Schlafwachrhythmus Ihres Kindes: _____

Vom Therapeuten auszufüllen:

Geburtsgewicht: _____g Geburtsgröße : _____cm Kopfumfang: _____cm
APGAR: _____/_____/_____ Perzentilen: _____ Nabel-pH: _____
Hüftsonografie U3: Befund ohne Befund
Ergebnisse der U-Untersuchungen: _____