



FRAGEBOGEN FÜR KINDER

*Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie sie dann so genau wie möglich. Bei Ihrem ersten Termin werden die Angaben mit Ihnen besprochen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Nachname (des Kindes):..... Vorname:

Adresse

PLZ + Wohnort Geburtsort.....

Geburtsdatum..... Geburtszeit.....

Tel. Handy (evt.)

Schule

Medikamente

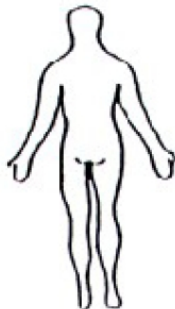
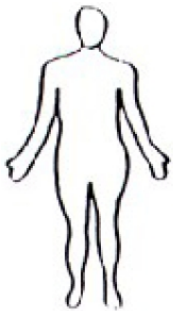
Hausarzt Facharzt

Wer hat Sie über die osteopathische/mesologische Behandlung informiert?

Was ist das Hauptproblem Ihres Kindes?

Wann haben die Beschwerden angefangen?

Unter welchen Umständen war das?



Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Ihr Kind die Beschwerden hat. Eventuelle Narben bitte mit Rot markieren.

Vorder-

Rück-

rechte

linke Ansicht



Wie äußert Ihr Kind seine Beschwerden? *Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

Gibt es ein Muster oder eine Regelmäßigkeit im Auftreten der Beschwerden?

Welche Umstände verbessern die Beschwerden (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger,
Essen, Körperhaltung, Bewegung, usw.)?

Wodurch entsteht Verschlechterung?

Was haben Sie selbst gegen die Beschwerden unternommen?

Welche Behandlungen haben schon stattgefunden?

Gibt es neben der Hauptbeschwerde noch DAZUKOMMENDE Beschwerden?

1

2

3

Wie ist die Familienzusammenstellung?

Um das wievielte Kind geht es?

Familiäre Krankheiten: vererbbar(z.B. Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs,
Zuckerkrankheit, usw.), oder nicht-vererbbar

Mutter

Vater

Andere Familienangehörige

Ist die Schwangerschaft dieses Kindes gut verlaufen? Wenn nein, was verlief nicht gut und zu
welchem Zeitpunkt?

Mussten Sie Medikamente nehmen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche, wofür und
wann?

Wie verlief die Entbindung?



*Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

Wie verliefen andere Entbindungen?

Welche Impfungen hat Ihr Kind schon bekommen?

Wie hat Ihr Kind auf die Impfungen reagiert? Krank/nicht krank/hohes Fieber/wenig Fieber/unruhig, usw. ?

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Welche Krankheit war die schlimmste?

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Was für eine Operation?

Wie verlief/verläuft das Zahnen?

Hat Ihr Kind schon alle Milchzähne?

„Wechselt“ Ihr Kind schon die Zähne? Wie verläuft das?

Schläft Ihr Kind gut?

Wenn nein, wacht Ihr Kind nachts auf? Wann?

Wie ist der Stuhlgang? X täglich/ X pro Woche. Regelmäßig/unregelmäßig.
Konsistenz: fest/ breiig/ weich/wässrig.
Farbe: weiß/hellbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz.

Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

Wie geht Ihr Kind mit Essen um?

Welche Nahrungsmittel und/oder Getränke bekommen Ihrem Kind nicht gut?

Hat Ihr Kind großen Appetit auf Süßes?

Verläuft in der Schule alles gut?

Knüpft Ihr Kind schnell Kontakte in der Schule, oder Nachbarschaft?

Wie benimmt sich Ihr Kind Ihnen gegenüber?



Beschreibung des Kindes:

*Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

Bitte nachfolgend einkreisen wenn die Behauptung auf Ihr Kind zutrifft

Ist Ihr Kind:	Ja	Nein
• schnell angefasst, schnell beleidigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ein ‚Mutterskind‘?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• träge, faul?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• schnell zu erschrecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ruhelos, lebhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• trocken; (Tag und/oder Nacht)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• spät angefangen zu laufen, stehen, reden usw.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• klein für sein Alter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• groß für sein Alter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• schnell müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind:		
• eine schlechte Konzentration?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ein wechselndes Gemüt (abwechselnd weinen und lachen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Angst alleine zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sonstige Ängste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Kind hat Angst vor		
Hat Ihr Kind:		
• viele Freunde/Spielkameraden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Freude daran alleine zu spielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• viel Durst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• wenig Durst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• guten Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• wenig Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• großen Appetit auf Süßes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn nein, gibt es ein Bedürfnis nach etwas anderem?		
Hat/hatte Ihr Kind:		
• Ekzem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Warzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Durchfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Verstopfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche		
Mag Ihr Kind:		
• gerne schmuse(n)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• (sehr) ungern schmuse(n)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie noch weitere relevante Informationen?

.....
.....