



Manuelle Medizin
Rosel Barge
Heilpraktikerin

Kinder - Fragebogen

Rosel Barge * Rolfingstr.68

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ - Ort _____ FAX _____

Geschwister _____ E-Mail _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Wie erreichen Sie mich (Bus, Bahn, Auto, Taxi) _____

Versicherung:

Gesetzlich(AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung (welche)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

**Welche Beschwerden Ihres Kindes führen Sie zu mir? Seit wann hat Ihr Kind diese?
Beginnen Sie bei mehreren Beschwerden mit denen, die Ihr Kind am meisten stört:**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.
Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

Haut Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schlafzeit von / bis

Ernährung **Verlangen** nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst
Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
Falls ja, welche?

Körpergröße **Körpergewicht**

Wann konnte Ihr Kind

krabbeln..... laufensprechen..... war es trocken
Angaben bitte in Monaten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel mittel oder Medikamente eingenommen?