

BioLOGISCHE Medizin
Sabine Hofauer
Krönerstraße 3
82389 Böbing
s.hofauer@t-online.de
08867 919 777 1



Liebe Eltern,

herzlich willkommen in der Online-Praxis für BioLOGISCHE Medizin.

Nachfolgend einige Punkte, um deren Beachtung ich bitte:

Ich nehme mir viel Zeit für Sie und Ihre Anliegen. Falls Sie einen vereinbarten nicht einhalten können, sagen Sie diesen unbedingt **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Bei kurzfristiger Absage berechne ich eine Ausfallpauschale gemäß beiliegender Beratungsvereinbarung.

Wir treffen uns ausschließlich virtuell, d.h. Sie bekommen von mir die Zugangsdaten für eine gesicherte Verbindung via RedConnect per Email vor unserem vereinbarten Termin zugesendet.

Damit ich mich auf Sie und Ihr Kind vorbereiten kann, wäre es gut, wenn Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, die Datenschutzerklärung und die Beratungsvereinbarung spätestens drei Tage vor Ihrem Ersttermin zukommen lassen.

Falls Sie den Übermittlungsweg per E-Mail wählen, geschieht dies in der Kenntnis, dass die Daten nicht verschlüsselt übertragen werden.

Es ist kein Problem, wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, lassen Sie die entsprechenden Felder frei. Am Termin ist ausreichend Raum dafür.

Bitte legen Sie, falls vorhanden, Laborbefunde bzw. sonstige Befundberichte bei.

Ich freue mich, Sie und Ihr Kind als Neupatient(in) begrüßen zu dürfen.

Sabine Hofauer

Kinder Aufnahme – Fragebogen

Datum: _____

Name Kind: _____ Vorname Kind: _____

Eltern / Sorgeberechtigt: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag Kind: _____

Telefon: _____ Sonstige Tel: _____

Kind versichert bei: _____ (zutreffendes bitte einkreisen):

gesetzlich (Selbstzahler)

privat

gesetzlich mit Zusatzversicherung

Beihilfe

Kasse / Tarif: (bei Zusatz- oder Privatversicherung)

Email: _____

Beruf Eltern: _____

Arbeitgeber: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Soziales Umfeld: _____
(lebt mit einem, beiden Elternteilen, mit Großeltern, Geschwistern, Patchwork ect.)

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Zahnarzt _____

Sonst. Therapeut, Heilpraktiker usw. _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Fand innerhalb der letzten drei Monate eine Behandlung bei einer der oben genannten Berufsgruppen statt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Grund der Behandlung: _____

Gehen Sie mit Ihrem Kind zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde bei Ihrem Kind jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

	Ja	Nein
--	----	------

Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------

Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------------

Diabetes Typ I oder Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Autoimmunerkrankung z.B. Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Andere: _____

Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

Knochenbrüche / Bandverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Darmerkrankungen/Darmverschluss/Divertikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Allergische Reaktionen / Allergischer Schock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten anderen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Hat Ihr Kind geäußert, nicht mehr Leben zu wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Stress (in Kiga, Schule / zu Hause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Akute Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie als Eltern neu oder ungewöhnlich sind:

	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Gewichtsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Fieber, Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Gelenk- oder Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Unerklärliche blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Regelmäßiger Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Arm-Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Herzstolpern/Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Verstopfung/Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Mögliche Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

Anleitung: Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Welche/n Kindergarten oder Schule besucht Ihr Kind?

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind (die drei Hauptbeschwerden) Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

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

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

Eltern:

Großeltern:

Geschwister:

Historie

Besonderheiten zur Empfängnis? natürlich, Kinderwunschlinik, IVF

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Lebensveränderungen, starke Erschöpfung, starker Eisenmangel, drohende Früh- Fehlgeburt, etc., Stress der Mutter, Unfälle

<p>Wie war die Geburt? Dauer, Komplikation, Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Spätgeburt</p>	
<p>Besonderheiten nach der Geburt? Kinderklinik? Anpassungsstörungen? Antibiose?</p>	
<p>Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? Angabe in Monaten</p>	
<p>Beikostbeginn?</p>	
<p>Wann konnte Ihr Kind krabbeln?</p>	<p>Laufen?</p>
<p>Sprechen?</p>	<p>war es trocken?</p>
<p>Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen. z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Keuchhusten, HiB, Pneumokokken, Meningokokken, Windpocken</p>	
<p>Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.</p>	
<p>Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Impetigo Contagiosa</p>	
<p>Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt?</p>	
<p>Gibt es Allergien? Pollen / Tiere</p>	

Nahrungsmittel

Kopf

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptsregion, morgens oder abends, halbseitig – links – rechts – doppelseitig – wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links

Unter welchen Umständen?

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Sehstörungen, hängende Lider, Schielen, Hornhautverkrümmung

Ohren

links / recht / beidseitig – Mittelohrentzündung, Operation mit Röhrrchen, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Gleichgewichtsstörungen

Zähne/Kiefer

-bitte zutreffendes ankreuzen

Beschwerden bei der Zahnung?

Ja

Nein

Häufige Zahnarztbesuche

Ja

Nein

Erschwerter Durchbruch der (Weisheits)zähne

Ja

Nein

Zahnfüllungen Hat Ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material?

Amalgam

Kunststoff

Gold

Keramik

<p>Nase Operationen, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich</p>	<p>Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen links, rechts, eitrig mit oder ohne Fieber</p>

Brust und Bauch, Niere

<p>Lunge häufig Bronchitis, akuter oder chronischer Husten, Lungenentzündung, Asthma</p>	<p>Magen Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Speikind, Schmerzen, Unverträglichkeit von Fett, Eiweiß, Milch, Zucker, Erbrechen</p>
<p>Darm Schmerzen, Blinddarmoperation, Blähungen</p>	<p>Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, hält Stuhl zurück</p>
<p>Blase/Niere War oder ist Ihr Kind ein Bettnässer? Nieren- oder Blasenentzündung?</p>	<p>Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten brennen</p>

Tragen Sie bitte auf der Skala die angenommene Ausprägung der Angst, des Kummers ein

Keine Angst / Kummer

größte vorstellbare Angst / Kummer

|-----|

Leistungsfähigkeit Müdigkeit, Konzentration, Leistungsbereitschaft

Tragen Sie bitte auf der Skala die angenommene Energiestufe Ihres Kindes ein.

Keine Energie

größte vorstellbare Energie

|-----|

Mädchen

Brust Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis, etc.

Unterleib / Geschlechtsorgane
Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabung, Fehlgeburt, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.

Menstruation In welchem Alter war die erste Menses? Zyklus regelmäßig?

Beschwerden vor/ nach / während der Regel
Bitte Beschwerden kurz beschreiben

Jungen

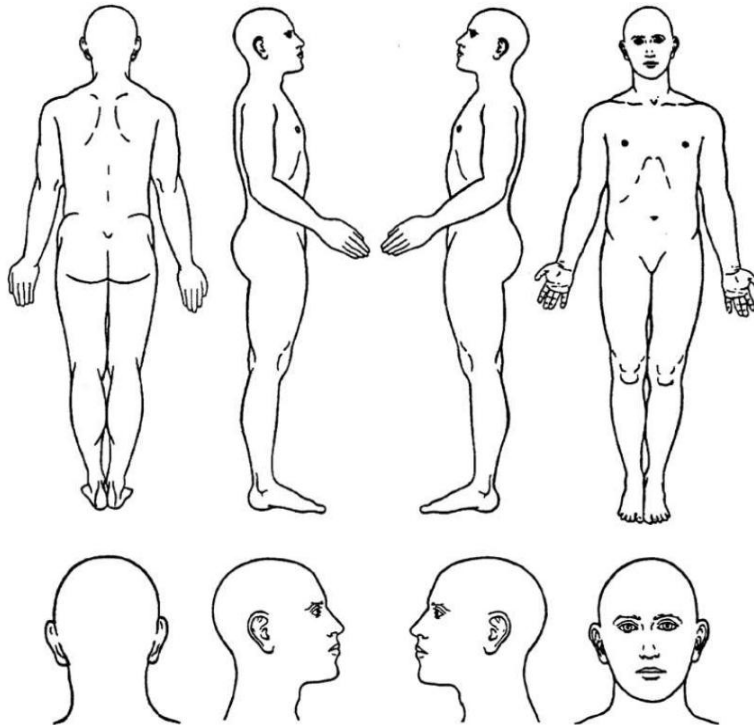
Hodenhochstand? Operationen?
Entzündungen, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Sonstiges?

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen



Ernährung

<p>Essen Sie in Ihrer Familien nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten? Welche?</p>	<p>Besteht bei ihrem Kind eine Laktose, Fruktose- oder Glutenunverträglichkeit?</p>
<p>Welche Lebensmittel verträgt Ihr Kind nicht?</p>	<p>Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?</p> <p>Für welche Lebensmittel besteht eine Vorliebe?</p>
<p>Hat Ihr Kind häufig Heißhunger? Wenn ja, wann?</p>	<p>Fühlt sich Ihr Kind nach den Mahlzeiten müde, abgeschlagen, aufgebläht oder schwer?</p>

Bitte notieren Sie, welche Lebensmittel Ihr Kind vorgestern und gestern gegessen hat

	Vorgestern	Gestern
Morgens Uhrzeit		
Mittags Uhrzeit		
Abends Uhrzeit		
Zwischenmahlzeiten Uhrzeit		

Welche Medikamente und / oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit regelmäßig ein?

Bei Hautproblemen – welche Körperpflegeprodukte werden verwendet?

Arzneimittel	Dosierung	Seit wann?

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie stichwortartig und mit Jahreszahl alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat. Hier können Sie auch Ereignisse auflisten, die Ihrer Meinung nach als Auslöser / Ursache der derzeitigen Gesundheitsbeschwerden eine Rolle spielen.

Haben Sie ergänzende Anmerkungen, die für Sie wichtig sind?