



Bitte mit Rot ausfüllen

Name:
 Initialen:M/W
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 Straße:
 Postleitzahl:
 Wohnort:
 Telefon privat:
 Telefon dienstlich (Eltern):
 Telefon Handy:
 E-Mail Adresse:

Hobbies/Sportarten:
 Kommen Sie über Hausarzt/Spezialisten:
 Hausarzt:
 Ort der Praxis:

Dürfen wir Ihren Hausarzt informieren? JA / NEIN
 (Nichtzutreffendes streichen)

Welche ist den häufigste Beschwerde:

.....

Seit wann besteht die Beschwerde:

.....

Was meinen Sie hat Ihre Beschwerden verursacht:

.....

Wie ist die Beschwerde aufgetreten:

- Nach und nach
- Plötzlich

Ist die Beschwerde:

- abwechselnd anwesend
- ständig anwesend

Geburt:

- Zangengeburt
- Saugglocken
- Kaiserschnitt
- Steißgeburt
- Komplikationen:

Nach ...Schwangerschaftswochen als ... Kind in Ihrer Familie geboren
 Stillen Ja/Nein bisMonaten

Zeigt Ihr Kind:

- Hyperaktivität
- Konzentrationsprobleme
- Abweichendes Verhalten:

Besonderheiten:

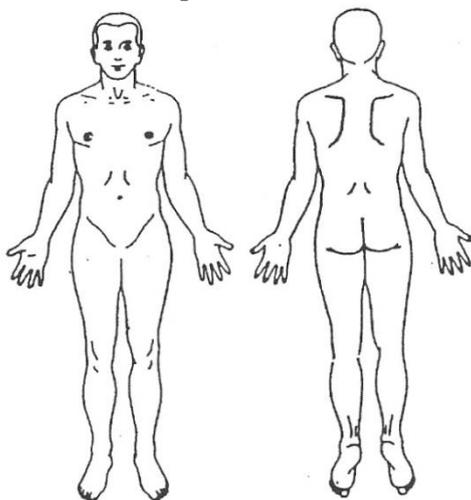
- erbliche Mängel
- Chromosomeanomalien
- Rückstand bei :
- Sonstiges:

Fachkundige:

War Ihr Kind für diese eschwerden in Behandlung bei einem:

- Chiropraktor
- Hausarzt
- Physiotherapeuten
- Cesar/Mensendieck
- Manuellen Therapeuten
- Osteopath
- Podotherapeuten
- Neurologen
- Rehabilitationsarzt
- Kinderarzt
- Akupunkturisten
- Chirurgen
- Homöopathischen Arzt
- Orthopäde
- Psychologe
- Alternativmediziner
- Sonstigen Fachkundigen:

Zeichnen Sie bitte ein wo Sie Schmerzen spüren:



Muskeln- und Gelenke Beschwerden Vorher/Heute

- Nacken
- Zwischen den Schultern
- Unterrücken
- Steißbein
- Leiste L/R
- Hüfte L/R
- Bein L/R
- Knie L/R
- Fuß oder Fersen L/R
- Kieferschmerzen
- Schulter L/R
- Arm L/R
- Ellbogen L/R
- Hand L/R
- Handgelenk L/R
- Finger L/R
- Rippen L/R
- Gelenkentzündung
- Geschwollene Gelenken

Zahnheilkunde:

- Zähneknirschen
- Knackender Kiefer

Allgemein:

Vorher/Heute

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Schwindel
- Ohnmächtig werden
- Schlafstörungen
- Nervosität
- Allergien
- Depressionen
- Appetitlosigkeit
- Stirnhöhlen- Nasennebenhöhlen Entzündungen
- Ohr- Nase- Auge- und Halsbeschwerde
- Ohrenentzündung
- Gehör Abnahme

Herz und Gefäße

Vorher/Heute

- Herzprobleme
- Blutarmut
- Durchblutungsprobleme

Atmung

Vorher/Heute

- Asthma
- Bronchitis
- Lungenentzündung
- Emphysem
- Heuschnupfen
- Brustschmerzen
- Schleim abhusten:
- Chronisches Husten

Schläft Ihr Kind:

- auf dem Rücken
- auf der Seite
- auf dem Bauch
- abwechselnd

Wie alt ist die Matratze?

.....

Magen und innere Organe

Vorher/Heute

- Magenschmerzen
- Magenbruch
- Gallenbeschwerden
- Leberbeschwerden
- Verstopfung/ harter Stuhlgang
- Durchfall
- Erbrechen
- Blähungen
- Bauchschmerzen
- Blasen-/Harnrohrbeschwerden
- Nierenentzündung
- Unkontrollierter Urinverlust

Gebraucht Ihr Kind:

Vorher/Heute

- Schuheinlagen
- Absatzerhöhungen L/R
- Sonstiges:

Erkrankungen

Vorher/Heute

- Tuberkulose
- Diabetes
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Epilepsie
- Krebs
- Multiple Sklerose
- Hirnhautentzündung
- Schilddrüse Abweichung
- Polio

Haut

Vorher/Heute

- Trockene Haut
- Jucken
- Ausschlag/Ekzem
- Schnell blaue Flecken
- Sonstiges:

Bitte so komplett wie möglich ausfüllen. Nennen Sie auch die Sachen die nicht relevant erscheinen für ihre Beschwerden.

- Knochenbrüche (wann, welche).....
- Krankenhausaufnahme (wann, wofür).....
- Unfälle (wann, welche).....
- Operationen (wann, welche).....
- Medikamenten und wofür:
- Nahrungsergänzungsmitteln und welche?
- Wurde Ihr Kind kürzlich geimpft? Ja Nein
Welche? :

Datumsangaben letzten Tests	weniger als 6 Monate	zwischen 6-18 Monate	ab 18 Monate	noch nie
Urintest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI /NMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluttest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktischer Untersuchung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarzt Utersuchung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewohnheiten:	Viel	Normal	Wenig	Gar nicht
Appetit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperbewegung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen?
.....
.....
.....

Unterschrift:
.....

Datum:
.....

