



**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/sind die Beschwerde(n):**

.....  
 .....  
 .....

**Seit wann liegt/liegen diese Beschwerde(n) vor:**

.....  
 .....

**Was meinen Sie hat diese 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 bis .....Monaten

**Zeigt Ihr Kind:**

- Hyperaktivität
- Konzentrationsprobleme
- Abweichendes Verhalten: .....

**Besonderheiten:**

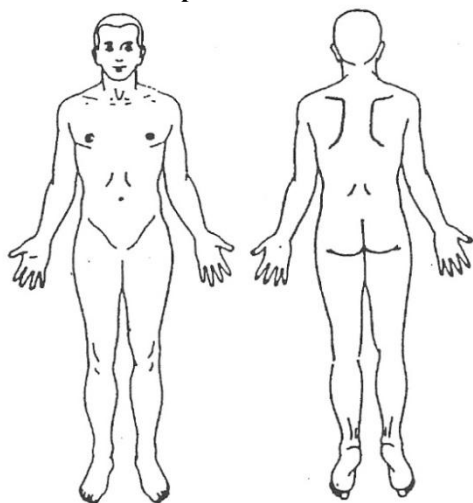
- erbliche Mängel
- Chromosomalanomalien
- Rückstand bei :
- Sonstiges:.....

**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:**

.....