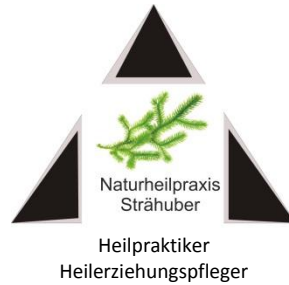


Naturheilpraxis
Strähuber Roland
Wasentegernbach 45
84405 Dorfen
info@nhp-straehuber.de
www.naturheilpraxis-straehuber.de



AMSAT Diagnose
Biologisch-Medizinische Kinesiologie
Faszien Therapie
Golgi-Punkt Schmerztherapie
Spagyrik nach Dr. Zimpel
Dorn Therapie
Autonome osteopathische RT
orthomolekulare (Vitalstoff-) Therapie
Airnergy Sauerstofftherapie
Mentalizer
Hypnose

Patientenfragebogen, **speziell für Kinder:**

Bitte füllen sie den Fragebogen genau und komplett aus, damit ich mir ein klares Bild ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes machen kann. Den Fragebogen bitte zum Ersttermin mitbringen. Bei Fragen die zum Ankreuzen sind, kann auch mehrfach angekreuzt werden!

Vorname: _____ Nachname: _____

Strasse: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Email _____

Mobil: _____ Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung O gesetzlich O privat

Rechnungsempfänger (vollständiger Name von einem Elternteil) _____

Wie haben sie von der „Naturheilpraxis Strähuber“ erfahren? _____

Was ist ihr Anliegen, weshalb Sie zu uns kommen? _____

Wie lange besteht dieses schon? _____

Was verschlimmert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) _____

Was verbessert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden? (eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Unfall, Schreck, OP, Hautausschläge, Verdauungsprobleme, Medikamente usw.) _____

Wie ist ihre akt. Familiensituation wo das Kind wohnt? O Eltern zusammenlebend O getrennt O alleinerziehend
 O Elternteil verstorben O Großeltern mit im Haus

Wieviele Geschwister gibt es? ____ Wie alt sind die Geschwister? ____ Wieviele leben davon daheim? ____

Sind sie glücklich mit ihrer Familiensituation? _____

Gab/Gibt es ein Elternzeit? _____

Wieviel Auswärtsbetreuung gibt es (Großeltern, Krippe, Kita, Kiga, Schule) _____

Angaben über ihr aktuelles Körpergewicht? _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Wie ist das Schlafverhalten? Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf

Zähneknirschen Häufiges Erwachen (Uhrzeit? _____) Nachtschweiß Schnarchen

Wann gehen ihr Kind zu Bett? _____ Wann steht das Kind auf? _____

Welche Behandlungen haben sie bisher erhalten, wann, wie lange, aus was für Gründen? (bitte genau ausfüllen!)

Ärzten? _____

Heilpraktiker? _____

Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten? _____

Besuchen sie regelmäßig ihren Kinderarzt für die U1-11 und J 1-2 Untersuchungen? Ja Nein

Name und Adresse ihres Hausarztes bzw. Kinderarztes? (für mögliche Rückfragen) _____

Was Essen isst ihr Kind in der Regel den ganzen Tag und wie lange nehmen sie sich dazu Zeit? (=Frühstück, VM= Vormittagsmahlzeit, M=Mittagessen, NM= Nachmittagsmahlzeit, A=Abendessen)

F: _____

VM: _____

M: _____

NM: _____

A: _____

Nimmt ihr Kind Mikrowellen-Essen zu sich? Ja Nein Wenn ja, wie oft? _____

Sind Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt (Laktose, Fruktose, Gluten, Pollen usw./wann)? Bitte genau ausfüllen _____

Wieviel Liter und was trinkt ihr Kind pro Tag (Tee, Wasser, Milch, Limo, Spezi, Cola, Fruchtsäfte, Puschgetränke etc.)? _____

Welche Impfungen haben sie bekommen und gab es eine Reaktion darauf? (z.B. Fieber, Krampf, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.)? Bitte Impfpass mitbringen _____

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht? Masern Mumps Röteln

Keuchhusten Ruhr Scharlach Windpocken Kinderlähmung Pfeiffersches Drüsenfieber

Gonorrhöe (Tripper) Syphilis Tuberkulose Salmonellose Malaria Sonstige

Stuhlgang? täglich unregelmäßig / jeden 2.3.4. Tag _____ Neigung zu Verstopfung
 Neigung zum Durchfall normale Konsistenz Hart Weich Schmierig
 Übelriechend Stuhl hell Stuhl dunkel O kann Stuhl halten

Wie ist die Geburt verlaufen Kaiserschnitt PDA Zangengeburt Frühgeburt

Probleme während der Schwangerschaft Blasensprung unregelmäßige Wehen Unfall in Schwangerschaft

Welche Medikamente nehmen Sie ein, seit wann und wieviele? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen? (Bitte genau ausfüllen) _____

Welche Medikamente haben sie in der Vergangenheit eingenommen? (z.B. Antibiotika, Cortison, Laxantien natürlich oder pharmazeutisch, Pille, Schmerzmittel)? _____

Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine/Kräuter/Naturprodukte, welche, wie oft, seit wann?

Chronologie der Krankengeschichte? (Bitte genau ausfüllen) Bitte erfassen sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie bisher durchgemacht haben. _____

Welche Erkrankungen oder Vorerkrankungen gibt es in der Familie? _____

Wie lange denken sie braucht es, um ihre Gesundheitsziele und Wünsche zu verbessern?

Tage _____ Wochen _____ Monate _____ Jahre _____

Dürfen wir sie über unsere Praxisangebote (Newsletter, Aktionen, Kurse, Vorträge usw.) per Email informieren? (Dieses Einverständnis ist jederzeit widerruflich) Ja Nein

Gibt es von Ihrerseite noch etwas, dass wichtig wäre für uns zu wissen? _____
