



Praxis für Naturheilkunde
Martina Johnson
Heilpraktikerin

Vorwaldstraße 16
93177 Althenthann

Tel.: 09408 8699861
Mail: info@naturheilpraxis-johnson.de
Web: www.naturheilpraxis-johnson.de

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

1. Unter welchen momentanen Beschwerden leidet Ihr Kind? Was bringt Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden Ihres Kindes? Bitte ankreuzen!

- Unfall Erkrankung Operation Trauer
- Impfungen Medikamente
- Sonstige: _____

3. Hatten Ihr Kind folgende Kinderkrankheiten? Bitte ankreuzen!

- Masern Röteln Scharlach Mumps
- Windpocken

4. Welche Operationen hatte Ihr Kind und in welchem Jahr? (z.B. Mandeln, Blinddarm, Weisheitszähne)

5. Wie lautet die Blutgruppe Ihres Kindes? _____

6. Liegen Allergien vor? Bitte ankreuzen!

- Heuschnupfen Pollen Tierhaare Hausstaub
- Milben Lidocain Aspirin (ASS) Penicillin
- Metalle
- Nahrungsmittel: _____
- Sonstige: _____

7. Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister)? Bitte ankreuzen!

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung Herzinfarkt
 Asthma Krebs Lungenerkrankungen Erbkrankheiten
 Sonstige Erkrankungen: _____

8. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind derzeit ein? Hatte es jemals Antibiotika genommen (wie oft, wann zuletzt)?

9. Zu Ihrem Kind

Größe _____ Körpergewicht _____

Bewegt sich Ihr Kind gerne? _____

Wogegen ist Ihr Kind geimpft? _____

Wie viel trinkt Ihr Kind und was? _____

Was isst Ihr Kind besonders gerne? _____

Hat Ihr Kind deutliche Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel? _____

Hat Ihr Kind derzeit Stress?
(1 = wenig, 10 = hoch) _____

Wie ist sein Schlafverhalten?
(Ein-/Durchschlafen) _____

10. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt? Bitte ankreuzen!

- Bluthochdruck Diabetes Magenerkrankung Asthma
 Tumorerkrankung Krebs Hautkrankheit Fettstoffwechselstörung
 Herzerkrankungen Rheuma Nierenerkrankungen Lebererkrankung
 Gallensteine Gicht Schilddrüsenerkrankung Depression
 Sonstige Erkrankungen: _____

11. Hatte Ihr Kind bereits Infektionskrankheiten (z.B. Pfeiffersche Drüsenfieber, Borreliose)?

12. Hat Ihr Kind bereits Füllmaterial in den Zähnen und wenn ja, welches?

- Keramik Amalgam Amalgam entfernt
 Kunststoff Gold

13. Sind Weisheitszähne vorhanden?

- ja nein

14. Wie ist die Verdauung Ihres Kindes? Bitte ankreuzen!

- Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit Aufstoßen
 Gastritis Helicobacter pylori Magengeschwür Blähungen
 Durchfall Verstopfung Stuhlgang täglich Stuhlgang alle 2-3 Tage
 Hämorrhoiden

Schlecht vertragene Nahrungsmittel: _____

15. Für die Eltern: Fragen zur Schwangerschaft

Wie verlief die Schwangerschaft? _____
Wurden Medikamente eingenommen? _____
Gab es Konflikte, Sorgen, Ängste
(vorübergehende, anhaltende)? _____
Gab es während der Schwangerschaft
ablehnende Gefühle gegenüber dem Kind? _____

16. Für die Eltern: Fragen zur Geburt und die ersten Monate

Kam Ihr Kind termingerecht zur Welt? _____
Natürliche Geburt, Kaiserschnitt bzw.
Wunschkaiserschnitt? _____
Geburtsverlauf (Dauer, Komplikationen)? _____
Wurde Ihr Kind gestillt, wenn ja wie lange? _____
Gab es sonstige Besonderheiten? _____

Die absolut vertrauliche Dokumentation und Behandlung der Daten ist gewährleistet. Siehe Aushang DSGVO in der Praxis.

Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____