

Chiropraktik Center



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR KINDER

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geb.: _____ Kr.-Kasse: _____

Telefon: _____ Empfohlen von: _____

• Haben Sie mit Ihrem Kind bereits Erfahrung mit Chiropraktik gemacht? Ja Nein

• Welches sind die Hauptbeschwerden, die Sie mit Ihrem Kind zu uns führen?

• Wann sind diese Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?

• Nehmen diese Beschwerden in letzter Zeit zu? Ja Nein

• Was verschlimmert/verbessert diese Beschwerden?

• Gab es zu einem früheren Zeitpunkt bereits dieselben, oder andere Beschwerden? Ja Nein

- Wenn ja, welche?

- Haben Sie bereits etwas gegen die Beschwerden Ihres Kindes unternommen? Ja Nein
- Wenn ja, was?
-

- Hatte Ihr Kind durch diese Maßnahmen Erleichterung? Ja Nein
- Wurden bei Ihrem Kind bereits bildgebende Verfahren (Röntgen, etc.) angewandt? Ja Nein

SCWANGERSCHAFT UND GEBURT

- Wie verlief Ihre Schwangerschaft?
-

- Wie verlief die Entbindung?
-

- Wurden bei Ihnen oder Ihrem Kind Medikamente (z.B. Wehentropf) eingesetzt? Ja Nein

- Wie ist Ihr Kind zur Welt gekommen?

Normalgeburt Kaiserschnittgeburt Zangengeburt Saugglockengeburt

- Wie lange hat die Geburt Ihres Kindes gedauert?
-

- War Ihr Kind unmittelbar nach der Geburt in irgendeiner Weise auffällig? Ja Nein

ALLGEMEINE FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES

- Haben Sie Ihr Kind gestillt und/oder gab es dabei Schwierigkeiten? Ja Nein
- Hat Ihr Kind als Baby viel geschrien (sog. Schreikind)? Ja Nein
- War oder ist Ihr Kind in seiner Entwicklung/seinen Bewegungsabläufen auffällig? Ja Nein
- Zeigt es Konzentrationsmangel oder Aggressivität? Ja Nein

