

# Zusatzfragebogen für Kinder

## 1. Familienanamnese

Krankheiten und wichtige Ereignisse (Kindergarteneintritt, Einschulung, Tod eines Angehörigen, Trennung der Eltern, Unfall oder Schockerlebnis etc.) Ihres Kindes in zeitlicher Abfolge. Bitte nach Möglichkeit mit Datumsangabe.

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Schwangerschaft

2.1 Wie war der Schwangerschaftsverlauf: Untersuchungen der Mutter (Fruchtwasser etc.), Impfungen, Infekte, Diabetes, sonstige Erkrankungen, Ängste, Schockerlebnisse, Unfälle etc.?

---

---

---

2.2 Hatten Sie Schwangerschaftserbrechen?

---

2.3 Wie war der Umgang mit Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamenten während der Schwangerschaft?

---

---

2.4 Hatten Sie Blutungen? Wann und wie stark?

---

---

Auslöser?

---

2.5 Wurden wehenhemmende oder wehenfördernde Mittel eingesetzt?

---

2.6 Sind Fehl-, Früh- oder Totgeburten vorausgegangen? Wann? Mögliche Ursachen?

---

---

---

## 3. Geburt

3.1 War die Lage des Kindes normal? Wurde eine Wendung durchgeführt?

---

3.2 War die Entbindung termingerecht? Wie lange hat sie gedauert?

---

---

3.3 Wurde eine Narkose durchgeführt (z.B. Periduralanästhesie)?

---

3.4 Wurde das Kind mit Saugglocke, Zange oder Kaiserschnitt entbunden?

---

3.5 Hatten Sie sonstige Beschwerden unter der Geburt?

---

## 4. Neugeborenenzeit

4.1 Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

APGAR-Werte:

4.2 Ist eine Besonderheit nach der Geburt erinnerlich (z.B. Nabelschnurumschlingung, Atemstörung, Kopfverformung, Blutergüsse, Gelbsucht, Schlüsselbeinbruch, Nabelbruch, Schiefhals etc.)?

---

---

4.3 Wie war die Reaktion des Kindes auf äußere Reize (z.B. Geräusche, Licht, Stimmen)?

---

4.4 Hat es oft geschrien (wann verstärkt)?

---

4.5 Haben Sie Ihr Kind gestillt (Wie lange vollteilgestillt, gab es Probleme, Trinkverhalten des Kindes, Speikind etc.)?

---

---

## 5. Geistige und körperliche Entwicklung

5.1 Seit wann sinnvolles Sprechen? Gibt es Sprachfehler (stottern, lispeln etc.)?

---

5.2 Wann kamen die ersten Zähne und wo? War die Zahnung erschwert?

---

5.3 War die Größen- und Gewichtszunahme normal?

---

5.4. Wann drehte es sich zum ersten Mal?

Freies Sitzen?

Koordiniertes Krabbeln?

Freies Stehen?

Freies Laufen?

Gab es Rückschritte oder Unterbrechungen?

---

5.4 Ist Ihr Kind sauber? Seit wann (tags – nachts)?

---

---

## 6. Kinderkrankheiten:

6.1 Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher (z.B. Dreitagefieber, Masern, Ringelröteln, Scharlach, Windpocken, Pfeiffersches Drüsenfieber etc.)? Wann?

---

---

---

6.2 Wie wurde behandelt?

---

---

---

6.3 Wie war der Ausschlag bei Masern, Ringelröteln etc.? Wo und wie zeigte er sich (flächig, erhaben, kreisförmig, hellrot, Pusteln, Blasen, über den ganzen Körper verteilt, im Genital- oder Kopfbereich verstärkt, vereinzelt)?

---

---

---

## 7. Sonstige Krankheiten:

7.1 Neigt Ihr Kind zu Mittelohrentzündungen, Stirn-Nasennebenhöhlenentzündungen, Schnupfen, Bronchitis, Krupphusten, etc.?

---

---

7.2 Gibt es Allergien? Welche?

---

---

---

7.3 Hat es Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis etc.)?

---

---

7.4 Klagt es öfters über Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Erbrechen?

---

7.5 Hatte Ihr Kind schon einmal Krämpfe (Fieberkrämpfe, Epilepsie..)?  
Durch was wurden Sie ausgelöst ( z.B. Zahnung, Zorn, nach Schreck, nach Impfung, bei Gewitter, bei Anblick von Wasser, bei Vollmond)? Wann?

---

---

## 8. Impfungen

8.1 Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?  
Bitte mit Datum.

Tuberkulose (BCG)

Polio (Kinderlähmung)

DPT (Diphtherie, Pertussis, Tetanus)

MMR (Masern, Mumps, Röteln)

HIB (Haemophilus influenzae)

Grippe

FSME (Frühsommermeningoencephalitis durch Zecken)

Hepatitis B (Leberentzündung)

Tollwut

Sonstige

8.2 Wie wurden die Impfungen vertragen? Gab es Reaktionen (z.B. Fieber, Durchfall, Verhaltensänderungen, Eß- u. Trinkveränderungen, schrilles Schreien)?

---

---

---

## 9. Allgemeines

Größe:

Gewicht:

- 9.1 Ist Ihr Kind eher zu dick oder zu dünn? An welchen Stellen besonders (Bauch, Hals, Arme, Beine..)?

---

---

- 9.2. Ist Ihrem Kind eher zu warm oder zu kalt?  
Trägt es eine Mütze?

---

Trägt es gerne enganliegende Kleidung (z.B. Gürtel, Schal, Rollkragen..)? Verträgt es Wolle auf der Haut?

---

- 9.3 Wie verträgt es See- Auto- Flug- oder Bahnreisen?

---

---

- 9.4 Lässt sich Ihr Kind gerne Baden oder hat es Angst davor?

---

---

- 9.5 Möchte Ihr Kind dauernd getragen werden oder mag es nicht so sehr Körperkontakt?

---

---