



Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Aussagen an und machen ggf. zusätzliche Angaben

## 1. Schwangerschaft:

### 1.1 Lage des Fötus':

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schädel- / Kopflage | <input type="checkbox"/> Beckenend- / Steißlage |
| <input type="checkbox"/> Stirnlage           | <input type="checkbox"/> Zwillinge / Mehrlinge  |

### 1.2 Gesundheitszustand der Mutter:

- vorzeitige Wehen – wann?
- 

- gab es vorzeitige Blutungen – wann?
- 

- Liegen zur Wehenverminderung – ab wann?
- 

- wehenhemmende Medikamente .....
- eisenhaltige Medikamente .....
- sonstige Medikamente .....
- Erkrankungen .....

### Besonderheiten in der Schwangerschaft:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 1.3 Psychischer Zustand der Mutter:

- Wunschkind
- Gedanken an Abtreibung
- Depressionen
- Ängste
- Seelische Belastungen (z. B. Familie, Krankheit, Tod, etc.) .....
- .....

## 2. Geburt:

### 2.1 Geburtstermin:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> termingerecht | <input type="checkbox"/> zu früh     |
| <input type="checkbox"/> übertragen    | <input type="checkbox"/> Sturzgeburt |



3.2 Impfungen: Impfreaktionen, Impfkomplicationen, Beschwerden seit Impfungen

- Tetanus
- Diphtherie
- Polio
- Masern
- Mumps
- Röteln
- HiB

.....

.....

.....

3.3 Entwicklung motorisch / sprachlich:

in welchem Alter laufen gelernt, komplexe Bewegungsabläufe, sprechen gelernt, Aussprache, spielen mit anderen Kindern, Sport, Musik, künstlerische Betätigung.

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Kinderkrankheiten:**

- Keuchhusten
- Masern
- Mumps
- Röteln
- Scharlach
- Windpocken

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Krankengeschichte der Familie / Eltern:**

Hautkrankheiten, Warzen, Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Tuberkulose, Krebs, Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen, psychische Krankheiten

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Allgemeines Verhalten:**

Wie äußert sich Eifersucht?

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

Hat sich seit dem Beginn der Beschwerden Ihr Kind verändert?

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

Gibt es im Allgemeinbefinden tageszeitliche oder jahreszeitliche Schwankungen, welche?

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

Wie reagiert Ihr Kind auf Klimaveränderungen? Kälte, Wärme, Sonne, Regen, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Wetterwechsel, an der See, in den Bergen:

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

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten bzgl. Essen, Trinken, Schlafen, Gesellschaft mit Mutter/Vater, Bewegung, Ruhe, Sitzen, Liegen, längerem Stehen, Langeweile?

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

Ist Ihr Kind "grundlos" furchtsam oder ängstlich im Zusammenhang mit Einbrechern, Geistern, Gespenstern, Gesellschaft, drohenden Krankheiten, Gewitter, Tieren, etc.?

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

Gibt es Anmerkungen zum Schlafverhalten? Schlafruhe, schlafwandeln, sprechen im Schlaf, Zähneknirschen, Schläfrigkeit am Tag, schlaflos in der Nacht, Körperhaltung im Bett, schwitzen im Schlaf, schnarchen:

.....

.....

.....

.....

.....

Sauberkeit – Reinlichkeit, in welchem Alter ist Ihre Kind windelfrei geworden, tagsüber, nachts?

.....

Wie ist das Sozialverhalten Ihres Kindes? Spielt es mit anderen Kindern, Freunden? Wie verhält es sich bei Folgen von Kummer, Frustration, Ärger, lässt es sich trösten, lässt es Körperkontakt zu?

.....

.....

.....

.....

.....

Ernährungsverhalten: was und wieviel isst Ihr Kind, Lieblingsspeisen, besondere Vorlieben, was und wieviel trinkt Ihr Kind, Vorlieben kalt, warm:

.....

.....

.....

Gibt es allgemeine Auffälligkeiten: Wärme-, Kälteempfinden, Schwitzen, Fieber, Fieberkrämpfe, Neigung zu Verletzungen, Wundheilung, Blutungsneigung, Nasenbluten?

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Von Kopf bis Fuß:**

Kopf, Kopfschmerzen, Migräne:

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

Nase, Schnupfen, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlen:

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

Mund, Rachen, Zähne, Angina, Mandeln, Ohren, Paukenröhrchen:

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

Atemwege, Lunge, Asthma, Husten, Herz:

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

Bauch, Schmerzen, Blinddarm, Blähungen, Verdauung, Blase, Urin:

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

Hauterkrankungen und sonstige Krankheitszeichen (gab es ungewöhnliche Absonderungen z. B. aus dem Nabel, an den Ohrlöchern, aus den Brustwarzen):

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