

Klientenblatt Kinder / Jugendliche

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Email _____

Geburtsdatum _____

Vorname der Eltern _____

Hausarzt Name _____ Ort _____

Kontakt erlaubt Ja Nein

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Ja Nein

Fragebogen

Als Vorbereitung für unser Gespräch bitte ich Sie, diesen Fragebogen für Ihr Kind zu lesen und auszufüllen. Ihre Angaben behandle ich vertraulich und stelle damit keine Diagnosen.
Danke für Ihre Mitarbeit.

Schilderung des Anliegens

Bitte leer lassen

Welche Massnahmen wurden bisher getroffen?

Welches Ziel / welche Ziele möchten Sie und Ihr Kind mit dieser Therapie erreichen?

Ist Ihr Kind aktuell in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?

- Nein
- Ja

Nimmt Ihr Kind Medikamente, Nahrungsmittelergänzungen oder pflanzliche Präparate ein?

- Nein
- Ja

Falls Sie über Arzt- bzw. Laborberichte verfügen, bitte eine Kopie beilegen.

Angaben zur Person

Körpergrösse _____ Gewicht _____

Soziales Umfeld

- ___ Geschwister
- Eltern getrennt

Schulische Themen

Schwierigkeiten mit

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Mathematik |
| <input type="checkbox"/> aggressivem Verhalten | <input type="checkbox"/> Lesen |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Schreiben |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> Mitschülern |
| <input type="checkbox"/> mangelndem Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> Lehrern |
| <input type="checkbox"/> Ängsten / Prüfungsangst | <input type="checkbox"/> anderem |



Abklärungen (schulpsychologischer Dienst, KJPD, etc.)

- Nein Ja, Diagnose

Bewegung

- keine gelegentlich regelmässig

Sportarten

Hobbies

Entwicklung

- Verhaltensauffälligkeiten
 motorische Schwierigkeiten
 sprachliche Schwierigkeiten
 Wahrnehmungsstörungen
 andere

Gab es einen ungewöhnlichen Schwangerschaftsverlauf?

- Nein Ja

Geburtskomplikationen

- Frühgeburt Kaiserschnitt andere

Erkrankungen / Symptome

Hat Ihr Kind zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen? Sind Ihnen welche aus der Vergangenheit bekannt?

Organsystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lunge / Atemwege | <input type="checkbox"/> Hals / Nase / Ohren |
| <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf / Blutdruck | <input type="checkbox"/> häufige Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Haare / Nägel |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Zähne / Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Dickdarm |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Sexualorgane, auch hormonelle Ungleichgewichte | |



Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)

Welche Bereiche sind betroffen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Schultergelenke | <input type="checkbox"/> ISG (Ileosakralgelenk) |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> Fussgelenk / Zehen |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk / Finger | |

Nervensystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nervosität / Stress |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Verstimmungen |
| <input type="checkbox"/> Ängste | |

Vegetative Störungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, leichte Ermüdbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> allg. Nervosität | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |

Stoffwechsel

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nebenniere |
| <input type="checkbox"/> weibliche / männliche Hormone | |

Gibt es gehäufte familiäre Erkrankungen, wenn ja, welche?

Unter welchen Kinderkrankheiten hat Ihr Kind gelitten?

Hatte Ihr Kind Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)

Mögliche Belastungsfaktoren

- Todesfall
- Scheidung / Trennung
- Schwere Erkrankung einer nahestehenden Person
- Probleme naher Angehöriger

- Umzug
- Gewalt / Missbrauch
- andere



Essgewohnheiten

- spezielle Vorlieben / Heisshunger
- Abneigungen

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Gewichtsprobleme? Ja Nein

Unverträglichkeiten / Allergien

- Nein
- Ja

Umwelteinflüsse

- Lärm
- Elektrosmog
- andere

Fragen an die junge Frau – Wie ist der Menstruationszyklus?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutung zu stark | <input type="checkbox"/> Krämpfe / Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blutung zu schwach | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS) |
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> Verstimmungen / Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutung | |

Unterstützung mit Medikamenten, welche?

Hormonpräparate Nein Ja

Gibt es etwas, das Sie noch ansprechen möchten?

- Nein
- Ja

Datum _____

Unterschrift der Eltern _____