



**Was erwarten Sie von der Behandlung Ihres Kindes?**


**Welche Behandlungen erfolgten bereits? (Wann und mit welchem Ergebnis?)**


**Was ist in den Tagen, Wochen bzw. Monaten VOR auftreten der Erkrankung im Leben Ihres Kindes passiert? (Auslöser der Erkrankung)**


**Aktuelle Medikamente:**

- Vitamin D -oder andere Vitamine, Eisen \_\_\_\_\_
- Schlafmittel \_\_\_\_\_
- Betablocker \_\_\_\_\_
- Hormone \_\_\_\_\_
- Antibabypille \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel \_\_\_\_\_
- Insulin \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenmedikamente \_\_\_\_\_
- Psychopharmaka \_\_\_\_\_
- Abführmittel \_\_\_\_\_
- Magensäureblocker \_\_\_\_\_
- Antibiotika – wann, welche? \_\_\_\_\_

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Heilbäder, Hormontherapien?  ja  nein  
(wenn ja, welche?)

--

**Sonstige Arzneimittel; auch homöopathische Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Bachblüten**


**Bitte bringen Sie alle aktuellen Medikamente bzw. die Beipackzettel (auch zu Ihren Nahrungsergänzungsmitteln), Diagnosen, Laborergebnisse, Blutbilder und Ihren Impfausweis zum Termin mit.**

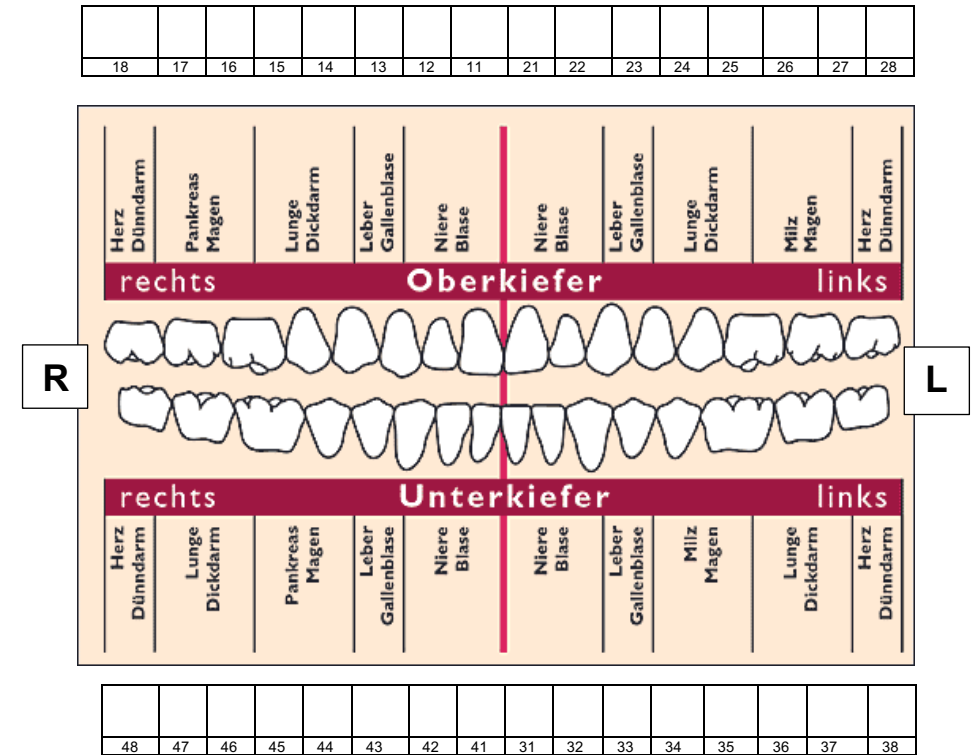
## Impfungen

Impfung :	Erstimpfung	Wiederholungsimpfungen / Auffrischung	Komplikation / Reaktionen
Diphtherie			
Tetanus			
Polio			
FSME			
Hepatitis			
Pertussis			
BCG			
Masern			
Mumps			
Röteln			
Grippe			
HPV			
Sonstige			
Tuberkulose Test			

## Infektionskrankheiten / wann?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masern (TVC) / _____                   | <input type="checkbox"/> Röteln (LTL/C) / _____      |
| <input type="checkbox"/> Mumps (LC) / _____                     | <input type="checkbox"/> Windpocken (S/Ts/C) / _____ |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (TVCV) / _____             |  |
| <input type="checkbox"/> Scharlach (LTL/C) / _____              | <input type="checkbox"/> Salmonellen / _____         |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / _____                  | <input type="checkbox"/> Malaria / _____             |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (C) / _____ | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe / Tripper _____   |
| <input type="checkbox"/> Typhus / _____                         | <input type="checkbox"/> Tuberkulose / _____         |
| <input type="checkbox"/> Cholera / _____                        | <input type="checkbox"/> Giardien / _____            |
| <input type="checkbox"/> Borreliose / _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Infektionskrankheiten / _____ |  |

## Zahnschema



Bitte den entsprechenden Zahn mit dem jeweils FETT gedruckten Buchstaben markieren

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>W</b> urzeltote Zähne,              | <input type="checkbox"/> <b>F</b> ehlende Zähne   |
| <input type="checkbox"/> <b>P</b> arodontose                    | <input type="checkbox"/> <b>R</b> illen <input type="checkbox"/> <b>F</b> urchen  |
| <input type="checkbox"/> <b>g</b> ezackte <b>S</b> chneidezähne | <input type="checkbox"/> <b>Z</b> ahn <b>F</b> leisch <b>B</b> luten <input type="checkbox"/> <b>Z</b> ahn <b>F</b> leisch <b>E</b> ntzündung |
| <input type="checkbox"/> <b>K</b> iefer <b>a</b> nomalien       | <input type="checkbox"/> Kieferknacken <input type="checkbox"/> <b>L</b> ockere <b>Z</b> ähne   |
| <input type="checkbox"/> <b>A</b> malgam noch vorhanden         | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt   |
| <input type="checkbox"/> Aufbisschiene nachts                   | <input type="checkbox"/> Korrekturschiene tags/nachts   |
| <input type="checkbox"/> Zahnsperre                             | <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung erfolgt (wenn ja, wie?)  |

Sonstiges:

## Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:

Bitte **alle wichtigen Umstände im Leben Ihres Lebens** mit ungefährender Jahreszahl in zeitlicher Reihenfolge eintragen

*(Unfälle, Operationen, Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen, psychische Probleme, Krankenhausaufenthalte, Trennung/Scheidung der Eltern, Verlust von Bezugspersonen oder Haustieren, Umzüge, Mobbing in Kita oder Schule, Leistungssport, Arbeitslosigkeit oder stressige Situationen bei den Eltern/Großeltern, traumatische Ereignisse, Beginn von Erkrankungen, etc...)*

Geburts) Datum		Eintragung HP

## Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:

Datum		Eintragung HP

**Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:**

Datum		Eintragung HP

**Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:**

Datum		Eintragung HP

**Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:**

Datum		Eintragung HP

**Chronologie der Erkrankungen Ihres Kindes/ besonderen Ereignisse:**

Datum		Eintragung HP

## Meine Familienanamnese / Miasmatik: Erkrankungen in Ihrer Familie aufgetreten?

### P – Irritation – Mangel, Knappheit, Fehlen

- Atrophie,  Anämie,  Ataxie,  Anorexie,  Ärger,  funktionelle Störungen,
  - geistige Irritation (Verwirrung, Ängste, Wachsamkeit, Scharfsinn),  hohe Stressbelastung,
  - Hautausschläge,  hohe Toxinbelastung,  Hypersensitivität,  jeglicher Juckreiz,
  - starke Gewichtsabnahme / Darmbeteiligung ohne schulmedizinische Ursache,
  - Krätze/ Skabies,  Läuse,  Würmer
- 

### T – Einseitige Zeichen, Wechselhaftigkeit, Unbeständigkeit,

- Allergien,  Asthma,  Blutzirkulation gestört,  Chronische Bronchitis,  COPD,
  - Demineralisationen  Eiterungen,  Epilepsie,  funktionelle Organstörungen
  - Furunkel,  Katharre,  Tuberkulose,  Typhus,  Lungenentzündungen,  Meningitis,
  - Enzephalitis,  Nervenzusammenbruch,  Neurodermitis,  Raucherlunge,
  - Schilddrüsenerkrankungen,  schnelle Stimmungswechsel,  sexuelles Verlangen vermehrt
- 

### L – Zerstörung und Degeneration – “Dys” und regelwidrige Manifestationen – kaum Eiter aber destruktive Gewebeerstörungen

- Alzheimer,  Alkoholismus,  Aneurysma,  Erkrankungen der Aorta,  Bluthochdruck,
- Demenz,  Depression,  Drüsenprobleme (Schilddrüse, Hypophyse, Epiphyse, Nebenniere, Pankreas),  Dysbiose,  Fehlgeburt,  Geschwüre,  Herzfehler,  Knochenerkrankungen,

- Leistenbruch,  Leberzirrhose,  Multiple Sklerose,  Parkinson,  Schielen,  Schlaganfall,
  - Selbstmord  Stottern,  Syphilis,  Todgeburt,  Vitiligo (symmetrisch),
  - Zwillinge
- 

### S – Störungen (Entwicklung, Übertreibung, Tumore, Fibrome, Warzen, jegliches Wachstum – “Hyper“- Erkrankungen)

- Blasenleiden /Blasensteine,  Dreimonatskoliken,  Darmprobleme (heftig)  häufige Blasenentzündungen,  Feigwarzen,  Gallensteine,  Gicht,  Gonorrhoe/Tripper,
  - Harnsäureablagerungen / Erhöhung,  Myome/ Zysten,  Neurodermitis  Nierensteine,
  - andere Nierenleiden,  Erkrankungen des Urogenitaltrakts,  red moles,  Rheuma,
  - Sterilität,  „Snuffles“ (behinderte Nasenatmung bei Kindern),  spider Naevus,  Tinea,
  - Warzen/warzenartige Wucherungen,  Windeldermatitis,  Zellulite
- 

### C – schwerwiegende, destruktive Zustände

- Autoimmunerkrankungen (mehrere)  Bluterkrankungen,  STARKE Blutungsneigung,
- Café au lait Flecken,  Diabetes mellitus,  Fieberlosigkeit,  gutartige Tumore,
- Herpes zoster,  Gürtelrose,  Kinderkrankheiten im Erwachsenenalter / Kinderkrankheiten mit Komplikationen,  Krebs,  Leukämie,  Myokarditis nach Infekten,  pfeiffersches Drüsenfieber,  Pneumonien wiederholt oder bei Geburt,  schlecht heilende Wunden oder Insektenstiche  Zwergwuchs,  Xanthelasmen,

**Familienanamnese – Krankengeschichte der ANGEHÖRIGEN DES KINDES**

**Mutter des Kindes:** Alter: \_\_\_\_\_ Jahrgang: \_\_\_\_\_ - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

---

---

---

---

**Großmutter (mütterlich)** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

Gestorben an: \_\_\_\_\_

**Großvater (mütterlich)** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

Gestorben an: \_\_\_\_\_

**Urgroßeltern: (mütterlich): )** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

**Onkel und Tanten: (mütterlich)**

**Onkel und Tanten: (väterlich)**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------	-------------------------

**(Zuordnung der Angaben von Seite 7)**

**Vater des Kindes:** Alter: \_\_\_\_\_ Jahrgang: \_\_\_\_\_ - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

---

---

---

---

**Großmutter (väterlich)** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

Gestorben an: \_\_\_\_\_

**Großvater (väterlich)** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

Gestorben an: \_\_\_\_\_

**Urgroßeltern: (väterlich) )** - Beschwerden/Erkrankungen/Symptome

---

---

---

---

**Geschwister des Kindes:** Beschwerden/Erkrankungen/Symptome \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



**Die Fragen beziehen sich auf den AKTUELLEN GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES– es sei denn es ist anders angegeben**

**Allgemeines**

**Wärmehaushalt**

- normal  warmer Typ  
 generell zu warm  schnelles Frieren\*  
 Hitzewallungen\*  
 gab/gibt es Fieberkrämpfe\*  ja  nein  
 bekommen Ihr Kind Fieber  ja  nein

**Schwitzen\***

- normal  kein Schwitzen  
 schnelles Schwitzen  am Kopf  
 an bedeckten Körperteilen  Oberkörper  
 \_\_\_\_\_

- Verlangen nach frischer Luft/muss draußen sein\*  
 ständig offene Fenster  ungen draußen  
 Verlangen nach Wärme\*  dick angezogen  
 verträgt keine Zugluft\*

**Energie**

- sehr belastbar  mäßig belastbar  
 kaum belastbar  nicht belastbar  
 schnell müde / erschöpft\*  überlastet  
 antriebslos  stressempfindlich\*  
 oft krank an Wochenenden oder im Urlaub\*

**Gedächtnis / Konzentration**

- Konzentrationsschwierigkeiten\*  
 Lernschwierigkeiten\*  Merkfähigkeit gering  
 Stimmungsschwankungen

**Stimmung\***

- reizbar  wütend  
 depressiv  traurig  
 unruhig / rastlos  nervös  
 aggressiv  kummervoll  
 ungeduldig  weinen  
 \_\_\_\_\_

**Psyche**

- Ängste\*  Phobien\*  
 Zwänge\*  Tic's\*  
 pedantisch\*  Mitleidig  
 Gedankenandrang\*  kann nicht loslassen\*  
 Kümmern um Familie und Angehörige\*  
 verantwortlich fühlend\*  Schlüsselkind  
 übermäßige Tierliebe  Einnässen  
 Schuldgefühle\*  Sorgen um Familie  
 Mobbingopfer  keine Freunde  
 Missbrauchsopfer

Wie glücklich ist Ihr Kind (-10 bis +10) \_\_\_\_\_

**Verhältnis zu den Eltern**

- sehr gut  gut  mäßig  schlecht  garnicht

**Verhältnis zu den Großeltern**

- sehr gut  gut  mäßig  schlecht

**Seitenbezug**

- Rechtshänder  Linkshänder  
 von Links- auf Rechtshänder umgeschult\*  
 auffallende Seitenbetonung (bei Erkrankungen)\*

**Zeiten**

- Zeiten \_\_\_\_\_  
 periodisch – wiederkehrendes Auftreten

**Unfälle / Operationen** (bisher generell)

- Unfälle  Operationen  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Überempfindlichkeiten:**

- Hitze\*  Kälte\*  Sonne\*  
 Erschütterung  Gerüche\*  Berührung\*  
 Geräusche  schreckhaft  
 Textilien\*  Rollkragen  Gürtel  
 enge Kleidung  verträgt keine Tücher/Schals  
 Medikamente\*  viele Menschen\*  Metalle\*  
 Hellsichtigkeit  Hochsensibilität  
 See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten unverträglich\*  
 Schmerzen\*  Sonstiges

**Unverträglichkeiten / Allergien**

- Gluten  Laktose  Histamin  
 Fruktose  Obst  Sorbit  
 Milchprodukte  Milcheiweiß  Fett  
 Krustentiere  Meeresfrüchte  Fisch  
 Schalentiere  Hühnereiweiß  Soja  
 Erdnüsse  Nüsse  Lupine  
 Sesam  Senf  Sellerie  
 Schwefeldioxid  Zwiebel/Knobl  Paprika  
 Heuschnupfen  Kreuzallergien\*  Tierhaare  
 Medikamente\*  andere

**Desensibilisierung:**  ja  nein

\_\_\_\_\_

**Verlangen:**

- Zucker /Süßes  Saures  Salziges  
 Schokolade  Bitteres  Scharfes  
 Pikantes  Eier  Fleisch  
 Fett  Käse  Obst  
 Milchprodukte  Kaffee  Tee  
 Nikotin  Drogen  Alkohol  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Abneigung:**

- Zucker /Süßes  Schokolade  Salziges  
 Saures  Bitteres  Scharfes  
 Pikant  Eier  Fleisch  
 Fett  Käse  Obst  
 Milchprodukte  Kaffee

**Bestimmte Lebensmittel**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Auf welche Lebensmittel kann Ihr Kind nicht / nur schwer verzichten?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Körpergefühl:**

- Übergewicht  Untergewicht  normal  
 Essstörung\*

**Ernährung**

- normal  vegetarisch  vegan  
 low carb  glutenfrei  laktosefrei  
 fruktosefrei  histaminarm  
 Paleo  clean eating  Rohkost  
 viele Fertigprodukte  
 bereits mehrere Diäten gemacht  
 Sonstiges

**Essgewohnheiten**

- im Gehen  Zwischendurch  in Ruhe  
 Heißhunger\*  schnell wieder Hunger\*  
 mäklig  isst heimlich  
 Beschwerden nach dem Essen\*  
 Beschwerden bei nüchternem Magen\*  
 Wie viele Mahlzeiten isst Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## Getränke

- Schwarztee  Kräutertee\*  Früchtetee  
 Kaffee  Säfte/ Schorle  Softdrinks  
 Cola  Leitungswasser  
 Mineralwasser  mit Sprudel  still  
 Bier  Wein  Schnaps  
 Sonstiges

Wieviel trinken Sie pro Tag?

**Sind Sie bereit die Ernährung Ihres Kindes (ggf. auch grundlegend) zu verändern?**

- ja  nein

## Treibt Ihr Kind Sport ?

- reguläres Training  moderates Training  
 untrainiert  Leistungssport  
 Ausdauertraining  Muskeltraining  
 1x/Wo  2-3x/Wo

### Sportart

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Wohnung

- W-LAN Wohnung  W-LAN Arbeit

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind am PC/Handy/Tablet/Spielkonsole?

- \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag  
 Überlandleitungen / Windräder in der Nähe  
 Funkmasten (Nähe)  Schimmelpilze  
 häufiger Gebrauch der Mikrowelle

- Kontakt mit Lacken, Farben, Giftstoffen

## Schlafzimmer / Schlafplatz

- W-LAN Schlafzimmer  Wasserbett  
 elektrische Geräte im standby

## Schlaf

- schlechter Schlaf  guter Schlaf  
 schlechtes Einschlafen  Gedankenandrang  
 schl. Durchschlafen  schnell/oft müde  
 häufiges Erwachen (wie oft?) \_\_\_\_\_

- Schlafwandeln  Sprechen im Schlaf  
 keine Traumerinnerung  lebhafte Träume  
 nächtliches Wasserlassen (wie oft?) \_\_\_\_\_  
 unruhige Beine  Schwitzen im Schlaf  
 Zähne knirschen  Zahnabdrücke  
 Zähne zusammenbeißen

## Schlaflage

- Bauch  Rücken  
 rechte Seite  linke Seite  
 erhöhter Oberkörper  zusammengerollt  
 auf den Knien  Arme über dem Kopf

## Naturheilverfahren (bisher generell)

- Homöopathie  Akupunktur  
 Bachblüten  Teemischungen  
 ätherische Öle  Aromatherapie  
 Eigenbluttherapie  Eigenurintherapie  
 Bioresonanztherapie  Heilbäder  
 mit Therapeuten  in Eigenregie

## Witterungseinflüsse

### Reaktion auf / bei

- Neumond  Vollmond  
 Gewitter  Föhn  
 trockene(r) Kälte  feuchte(r) Kälte  
 trockener(r) Hitze  feuchte(r) Hitze  
 besser am Meer  besser im Gebirge

### Wetterumschwung

- von kalt zu warm  von warm zu kalt  
 generell bei Wetterwechsel

### Befinden insgesamt

- schlechter durch:

### Befinden insgesamt

- besser durch:

## Schwangerschaft mit diesem Kind:

- Wunschkind  kein Wunschkind  
 Eizellspende  künstl. Befruchtung  
 Blutungen  Infektionen  
 Ödeme  Diabetes  
 Krämpfe  normale Schwangerschaft  
 ungewöhnliches Verlangen der Mutter  
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten der Mutter  
 Abneigungen der Mutter  
 Medikamenteneinnahme der Mutter / Drogen

### Sonstiges:

- \_\_\_\_\_  
 gestillt? Bis: \_\_\_\_\_

## Geburt

- Frühgeburt  Geburt eingeleitet  
 über dem Termin  Kaiserschnittkind  
 normale Geburt  Komplikationen  
 Kiss Syndrom  Sturzgeburt  
 Saugglocke  PDA  
 verlangsamte Geburt  Zeichen der Unreife  
 Übertragungszeichen  Sauerstoffmangel

## Kindesalter

- Unverträglichkeit Muttermilch

### Trinkverhalten

- schwach  kräftig  Brust abgelehnt

### Verhalten während des Stillens

- unauffällig  schläfrig  leicht ablenkbar  
 Entwicklungsauffälligkeiten  
 Entwicklung normal  verzögert  
 häufig krank: was? \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_  
 Lernschwierigkeiten  Stottern

## Bekannte Autoimmunerkrankungen/ Stoffwechselerkrankungen

(bisher generell)

- generelle Schmerzen

Wo? \_\_\_\_\_

- Transplantationen

## Kopf

### Kopfschmerzneigung <sup>102</sup>

- häufig  selten  nie  
 alte Kopfverletzung  
 Migräne  Aura  
 Begleitsymptome zur Migräne vorhanden  
 Übelkeit  Erbrechen  
 Lärm schlechter  Dunkelheit besser  
 andere \_\_\_\_\_  
 Kopfschmerz schlechter bei Bewegung <sup>105</sup>  
 Kopfschmerz halbseitig  wandernd  
 Kopfschmerz beidseitig  
 Lokalisation: \_\_\_\_\_

Auslöser: \_\_\_\_\_

- verspäteter Fontanellenschluss  
 Neigung zu Schwindel <sup>111</sup>  Neigung zu Fallen

### Haare

- Haarausfall <sup>114</sup>  kreisrund  vereinzelt  
 büschelweise / heftig  Läuse  
 Schuppen  Milchschorf  Krusten

Wann aufgetreten? \_\_\_\_\_

## Gesicht

- sehr blass  Röte  
 durchscheinende Gefäße  
 Schwellungen <sup>162</sup>  Verfärbungen <sup>160</sup>  
 Hautveränderungen (*Pickel, Pusteln, Akne etc.*)  
 Neuralgien / Zuckungen <sup>163</sup>

## Augen

- Augenerkrankungen  Augenfehler  
 Weitsichtig  Kurzsichtig  
 Maculadegeneration  feucht  trocken  
 Operationen  trockene Augen  
 Schielen  Jucken  Brennen  
 Tränenfluss  Sandgefühl

## Ohren

- rechtes Ohr betroffen  linkes Ohr betroffen  
 häufige Mittelohrentzündungen  
 Neigung zu Ohrenschmerzen <sup>133</sup>  
 Schwerhörigkeit  Taubheit  
 Tinnitus/Ohngeräusch <sup>134</sup>  Tinnitus generalisiert  
 vermehrtes Ohrschmalz  Ohrendruck  
 anlegen lassen der Ohren

## Nase

- Heuschnupfen  Operationen  
 Nasenkorrektur  Geruchsstörungen  
 häufige Nebenhöhlenentzündungen /Sinusitiden  
 behinderte Nasenatmung  
 häufige Erkältungen  Absonderungen  
 Nasenbluten

## Mund

- rissige Mundwinkel  Mundgeruch  
 vermehrter Speichelfluss  Aphten  
 Mundtrockenheit  Lippenherpes  
 Geschmack verändert / vermindert  
 verzögerte Zahnung  Soor  
 Zahnungsschwierigkeiten

## Hals

- häufige Mandelentzündungen (Tonsillitis)  
 Mandeln entfernt  Streptokokken  
 Heiserkeit chronisch  Kloßgefühl  
**Schilddrüse**  
 Überfunktion  Morbus Basedow  
 Unterfunktion  Hashimoto  
 Knoten  warm  kalt  
 Vergrößert / Umfang vermehrt  
 Druckgefühl im Hals  Engegefühl  
 Volumen vermindert  Operation

## Brust (äußere)

- Verformung des Brustkorbs  
 Schmerzen  Operationen

### Brustkorb

- Trichter- Hühnerbrust  Schmerzen

### Atmung

- Verlangen tief zu atmen  
 Tiefe Atmung nicht möglich  
 Geräusch bei Einatmung  
 Geräusch bei Ausatmung

## Lunge

- Bronchitis  Asthma  COPD  
 häufige Hustenerkrankungen  Atemnot  
 Lungenentzündung  Brustfellentzündung  
 Rippenfellentzündung  häufiges Husten  
 Schlafapnoe  
 Neigung zu einer der Erkrankungen

## Herz

- Myo- /Perikarditis  Herzfehler  
 Herzklappenproblem  Operationen  
 Arrhythmie  Rhythmusstörungen

## Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

- Entzündungen  Hepatitis  Fettleber  
 Gallensteine  Operation  Koliken  
 Druck im Oberbauch  Fettstuhl  
 Fettunverträglichkeit  Ikterus  
 Sonstige

## Magen

- Magenschmerzen  Reflux (auch still)  
 Helicobacter  Gastritis  
 häufiges Aufstoßen  Appetitlosigkeit  
 Sodbrennen  Völlegefühl  Übelkeit

## Abdomen / Unterbauch / Darm

- Druckempfindlichkeit  Geräusche (Darm)  
 Schmerzen  Krämpfe  
 auffallende Empfindungen  
 Leistenbruch  Nabelbruch  
 Entzündungen  Fisteln  
 Colitis ulcerosa  Morbus crohn  
 Hämorrhoiden  Analfissuren  
 Blinddarm OP  Divertikel  
 Auftreibung  Blähungen  
 Windabgänge / Flatulenzen →  unfreiwillig  
 Juckreiz am Anus  Prolaps  
 Schließmuskelschwäche  
 \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

- regelmäßig  unregelmäßig  normal

### Neigung zu

- Durchfall  Verstopfung

### Konsistenz/Farbe:

- normal geformt  knollig  
 breiig  wässrig  hart  
 schleimig  Blutauflagerungen /blutig  
 brennend  wund machend  
 hell  dunkel  gelblich  
 grün  wie gehackt  schaumig

### Geruch (Stuhlgang)

- süßlich  sauer  fischig  
 übelriechend  aashaft  faulig  
 \_\_\_\_\_

- Gefühl nicht fertig zu werden  
 unwillkürlicher Stuhlabgang  
 Würmer / Parasiten

### Blase / Nieren

- Nierensteine  Nierenkolik  
 Blasenentzündungen  Harnries/steine  
 häufiger Harndrang  Harnstrahl schwach  
 Harnstrahl unterbrochen  Harnstrahl geteilt  
 Urinmenge vermindert  Harnverhaltung  
 unwillkürlicher Urinabgang  
 Urinmenge vermehrt  
 vermehrter Harndrang  tags  nachts  
 Beschwerden beim Urinieren  
 Bettnässen

### Arme

- Bewegungseinschränkungen  
 Durchblutungsstörungen

- Kälteempfindungen  
 Einschlafen der Hände  Tennisellbogen  
 Maushand  Schmerzen  
 Deputren Kontraktur  Raynaud Syndrom

### Beine

- Krampfadern  Kältegefühl  
 Verletzungen  Schmerzen  
 Kribbeln  Taubheitsgefühl  
 Besenreiser  Hühneraugen  
 Durchblutungsstörungen  
 Restles legs / Unruhige Beine  
 Schmerzende Beine am Abend  
 Krämpfe  Hitzeempfindungen

### Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit  
 Kalkschulter  Verspannungen  
 Rheuma  Bandscheibenvorfall  
 Schmerzen  Hohlkreuz  Skoliose  
 Ischias  Hexenschuss  Operation  
Schmerzen:  HWS  BWS  LWS

### Haut / Nägel

- Urtikaria  Neurodermitis  
 Hautausschläge  Juckreiz  
 Geschwüre  Warzen  
 Flecken auf der Haut  Red moles  
 Sommersprossen  Leberflecken  
 Muttermale  Hämangiome  
 Atherome  Gichtknoten  
 Verbrennungen  Narben  
 Pilzerkrankung  brüchige Nägel

- Nagelbettentzündungen  splitternde Nägel  
 eingewachsene Nägel  Rillen  
 Verfärbungen der Nägel

### Mädchen / Jungs

- Geschlechtsverkehr  Ja  Nein

### Verhütung:

- Pille \_\_\_\_\_  
 Kondom  andere  
 HPV Impfung (Mädchen)  
 Blasenentzündung nach Geschlechtsverkehr

### Geschlechtsspezifisch

### Jungs

Betrifft die Geschlechtsteile

- Entzündungen  Schmerzen  
 Phimose  operiert  
 Ausfluss aus der Harnröhre  
 sonstige Beschwerden an den Genitalien

### Mädchen

- Ausfluss (Fluor)  kein Ausfluss

Geruch Ausfluss: \_\_\_\_\_

- stark  schwach  gelb  
 weiß  wundmachend  
 färbt die Wäsche gelb

### Menses

- Seit wann: \_\_\_\_\_  
 normal  schmerzlos  pünktlich  
 zu spät  zu früh  zu lange  
 zu kurz  unregelmäßig  Krämpfe  
 Schmerzen  andere Zyklusstörungen

### Blut

- hell  dunkel  dick  
 klumpig  dick  heiß  
 heftig  mit Schleimhaut  
 Schmerzen  Eierstockentzündungen  
 sonstige Beschwerden der Genitalien

Bitte messen Sie über 1 Woche 1x täglich die **Körpertemperatur Ihres Kindes**, möglichst mit einem digitalen Thermometer (morgens, noch im Bett und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

Tag 1 \_\_\_\_\_ Tag 2 \_\_\_\_\_

Tag 1 \_\_\_\_\_ Tag 2 \_\_\_\_\_

Tag 1 \_\_\_\_\_ Tag 2 \_\_\_\_\_

Tag 1 \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

Zu guter Letzt:  
**Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

