

Sabrina Pfützner

Ernährungsberaterin, Ernährungstherapeutin,
Darm- und Mikronährstofftherapeutin, IPE-Praktitionerin, Coachin
Heilpraktikerin mit Fachkompetenz für holistische Gesundheit



Gesundes Menschenleben - gesund sein - gesund leben - gesund essen - gesund bleiben

Den Fragebogen bitte ausfüllen UND (Zwischen)SPEICHERN.

Die gespeicherte Variante können Sie / kannst du dann per Mail an mich senden oder über den Link in der Terminbestätigung in das System hochladen.

Fragebogen

ausgefüllt am:

Name:

Vorname des Kindes:

Name:

Vorname des Erziehungsberechtigten

Geburtsdatum des Kindes:

Größe:

Gewicht:

Rechnungsadresse:

Name des Rechnungsempfängers:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Datenschutzerklärung am Ende des Fragebogens

gelesen und anerkannt

Vereinbarung / Hinweise am Ende des Fragebogens

gelesen und anerkannt

Fragebogen HPU / KPU bei Kindern

- Hat Ihr Kind einen hohen Anspruch an sich selbst?
- Gibt Ihr Kind immer 100 % oder mehr, manchmal vielleicht zu viel?
- Zweifelt Ihr Kind häufig an sich selbst?
- Hat Ihr Kind oft das Gefühl, Dinge nicht zu schaffen?
- Denkt Ihr Kind manchmal, es sei nicht gut genug?
- Fällt es Ihrem Kind schwer, das Gute in sich selbst zu sehen?
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich selbst wertzuschätzen?
- Ist Ihr Kind häufig gereizt oder genervt?
- Stresst Ihr Kind bereits Kleinigkeiten?
- Braucht Ihr Kind oft Ruhe, weil Lärm es stark belastet?
- Nimmt sich Ihr Kind Kritik sehr zu Herzen, sodass es noch lange nachwirkt?
- Gehen Fehlschläge oder Fehler Ihrem Kind sehr nahe?
- Ist Ihr Kind bereit, für andere alles zu geben, vielleicht sogar zu viel?
- Stellt Ihr Kind die Bedürfnisse anderer immer vor die eigenen?
- Möchte Ihr Kind bei Problemen manchmal am liebsten weglaufen?
- Schiebt Ihr Kind Dinge, die ihm schwerfallen, oft lange vor sich her?
- Würden Sie Ihr Kind als hochsensibel beschreiben, sodass es Dinge wahrnimmt, die anderen vielleicht gar nicht auffallen?
- Bemerkt Ihr Kind die Stimmung in einem Raum, sobald es diesen betritt?
- Reagiert Ihr Kind stark auf äußere Einflüsse wie Geräusche, Licht, große Menschenmengen oder Wetterumschwünge?
- Gab es in der Vergangenheit ein oder mehrere traumatische Erlebnisse, die Ihr Kind noch nicht verarbeitet hat und an die es heute oft
- Wirkt Ihr Kind in neuen oder stressigen Situationen schnell überfordert?
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu bleiben?
- Zeigt Ihr Kind Anzeichen von Stimmungsschwankungen oder ist es manchmal übermäßig emotional?
- Hat Ihr Kind Prüfungsangst oder starke Angst vor Fehlern?
- Ist Ihr Kind besonders perfektionistisch und setzt sich selbst stark unter Druck?
- Reagiert Ihr Kind auf Veränderungen in der Routine mit Unruhe oder Widerstand?
- Wirkt Ihr Kind manchmal "in sich gekehrt" oder zieht sich zurück?
- Klagen Lehrer oder Erzieher darüber, dass Ihr Kind "in seiner eigenen Welt" zu sein scheint?
- Hat Ihr Kind Probleme mit dem Einschlafen, Durchschlafen oder fühlt sich morgens oft unausgeschlafen?

Körperliche Symptome:

- Hat Ihr Kind häufig Bauchschmerzen, Übelkeit oder andere Verdauungsprobleme?
- Ist Ihr Kind oft müde oder erschöpft, auch wenn es ausreichend schläft?
- Klagt Ihr Kind über Muskelschmerzen, Krämpfe oder Verspannungen?
- Fallen Ihnen weiße Flecken oder Rillen auf den Fingernägeln Ihres Kindes auf?

- Neigt Ihr Kind zu Infekten, Erkältungen oder hat es ein schwaches Immunsystem?
- Hat Ihr Kind Probleme mit der Haut, wie z. B. Neurodermitis, Ekzeme oder Akne?
- Schwitzt Ihr Kind stärker als andere Kinder oder hat es Probleme mit starkem Körpergeruch?
- Hat Ihr Kind auffälligen Mundgeruch, trotz guter Mundhygiene?
- Klagt Ihr Kind über kalte Hände und Füße, auch wenn es nicht kalt ist?
- Hat Ihr Kind gelegentlich Kreislaufprobleme, Schwindel oder einen niedrigen Blutdruck?
- Hat Ihr Kind hypermobile Gelenke oder ist BESONDERS beweglich?

Fragen zu Ernährung und Unverträglichkeiten

- Ist Ihr Kind ein wählerischer Esser, der bestimmte Lebensmittel ablehnt?
- Hat Ihr Kind häufig Heißhunger auf Süßes, Kohlenhydrate oder salzige Snacks?
- Reagiert Ihr Kind empfindlich auf Lebensmittel wie Milchprodukte, Gluten oder Histamin?
- Bemerken Sie, dass Ihr Kind nach dem Essen von bestimmten Lebensmitteln reizbar, müde oder unwohl ist?
- Hat Ihr Kind ungewöhnliche Essgewohnheiten, wie das Vermeiden bestimmter Texturen oder Gerüche?

Fragen zur Familiengeschichte:

- Gibt es in Ihrer Familie bereits Fälle von HPU/KPU oder ähnliche Stoffwechselerkrankungen?
- Leidet jemand in Ihrer Familie unter chronischer Müdigkeit, Autoimmunerkrankungen oder psychischen Problemen wie Depressionen?
- Sind Sie oder andere Familienmitglieder ebenfalls hochsensibel oder haben ähnliche Symptome wie Ihr Kind?

Fragen zur Entwicklung:

- Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Entwicklungsverzögerungen, z. B. beim Sprechen oder Laufen?
- Hatte Ihr Kind als Baby oder Kleinkind Schlafprobleme oder war es ungewöhnlich unruhig?
- War Ihr Kind schon immer "anders" im Vergleich zu anderen Kindern, z. B. besonders empfindlich oder introvertiert?

Ergänzende Fragen:

- Gab es ein oder mehrere traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit, die Dein Kind bis heute belasten?
- Glauben Sie, dass Ihr Kind diese Erlebnisse noch nicht vollständig verarbeitet hat?
- Hatte Ihr Kind mal eine Halswirbelsäulen oder Kopfverletzung?
- Haben sich bei Ihrem Kind die Symptome nach einer Virusinfektion entwickelt?
- Hat Ihr Kind auf Medikamente schon einmal mit einer Unverträglichkeit reagiert?
- Kann sich Ihr Kind an seine Träume erinnern?
- Leidet Ihr Kind an ADHS?
- Hat Ihr Kind häufiger Schmerzen?

Sonstige Symptome oder Anmerkungen

Hauptbeschwerden/aktuelle Symptome / Wie geht es Ihrem / deinem Kind aktuell?

Aktuelle Medikamente: **Dosierung** (bitte genaue Dosierung mit angeben)

--

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit Namen des Präparates und genauer Dosierung angeben (wieviel Inhaltsstoff, wie wird dosiert?)

--

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Welches war die letzte Impfung?

Gab es auffällige Reaktionen nach einer Impfung? (Rötungen, Fieber, Einschränkungen, Auffälligkeiten, Nebenwirkungen etc.)

Infektionskrankheiten, Kinderkrankheiten ? (Bitte mit ungefährem Datum angeben)

(Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, andere Kinderkrankheiten, Viruserkrankungen – EBV, Borreliose, Covid 19 etc.)

Zahnstatus

Gibt es Beschwerden, Symptome, Auffälligkeiten im Hinblick auf die Zahngesundheit?

Körpertemperatur (zur Beurteilung des Stoffwechsels)

Bitte messen Sie/miss über **1 Woche 1x täglich oral** Ihre/deine **Körpertemperatur** möglichst mit einem digitalen Thermometer (**morgens, noch im Bett, vor dem Aufstehen**) und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

Tag 1 Tag 2 Tag 3 Tag 4

Tag 5 Tag 6 Tag 7

Ist der Status des Säure-Basen-Haushaltes bekannt?

Ja Nein

Platz für Erkrankungen in der Familie:

Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

(Säugling, Kleinkindalter, Schulkind, Jugendliche, junges Erwachsenenleben, Erwachsenenalter bis jetzt)

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

<input type="checkbox"/> Säuglingsekzem / Milchschorf	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Krupphusten als Kleinkind	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> (spastische) Bronchitis - gehäuft aufgetreten	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> sturzartiges Erbrechen als Säugling oder Kleinkind	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> häufige Kier- oder Stirnhöhlenentzündungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Nesselsucht / Urtikaria	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Schwellungen der Augenpartien bzw. Augenlider	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Ekzeme / Neurodermitis	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Durchfälle (häufig) oder erschwerte Verdauung	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Otitis / Ohrenentzündungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen / Einschlafstörungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> nicht abschalten können / Gedankenandrang	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> chronische Erschöpfung oder Schwäche	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Burnout / Depressionen / Angsterkrankungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen jeglicher Art	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Krämpfe / Krampfleiden	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Schwindel / Drehschwindel / Gleichgewichtsstörungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen	von wann bis wann?	
<input type="checkbox"/> Gendefekte	von wann bis wann?	

Sonstige frühere Erkrankungen:

Platz für weitere Anmerkungen

Bitte beschreiben Sie die Ernährung Ihres Kindes:

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Nachmittag / Kaffezeit / Snack

Abendessen

Mahlzeiten am Wochenende