

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom:   (Datum)

Kinder: 1 - 14 Jahre

|   |           |                     |             |
|---|-----------|---------------------|-------------|
| <b>Name, Vorname</b>  |           |                     |             |
| Straße, Nr.   |           |                     |             |
| Plz, Ort  |           |                     |             |
| Tel.  | E-Mail    |                     |             |
| <b>Rechnungsempfänger</b>   |           |                     |             |
| <b>Geburtsdatum des Kindes</b>  |           |                     |             |
| <b>Gewicht, Größe</b>   | ___ kg    | ___ cm              |             |
| <b>Interessen, Sport- &amp; Freizeitaktivitäten (Fußball/ Trampolin, ...)</b> |           |                     |             |
| <b>Aktuelles Anliegen:</b>  | Kontrolle | Wachstumsbegleitung | Beschwerden |
|   |           |                     |             |

|              |             |
|--------------|-------------|
| <b>Frage</b> | <b>Nein</b> |
|--------------|-------------|

**Dauer der Beschwerde (in Wochen):**  
 < 6      6 – 12      12 – 1 Jahr      \_\_\_ Jahre

**Sind Therapien erfolgt? Welche?**

**Haben diese Therapien geholfen?**

**Was lindert oder verstärkt die Beschwerden?**

|                  |       |          |             |
|------------------|-------|----------|-------------|
|                  | Wärme | Bewegung | Medikamente |
| <b>lindert</b>   |       |          |             |
| <b>verstärkt</b> |       |          |             |

**Werden Medikamente verabreicht? Welche und wogegen?**

**Wurden während der Schwangerschaft oder der Entbindung Medikamente zugeführt?**  
 Welche und wogegen?

**Wann war die letzte Impfung Ihres Kindes? am:**

besondere Reaktionen:

**Wieviel Flüssigkeit (Wasser) nimmt Ihr Kind täglich zu sich?**  
 < 0,5 Liter      0,5 - 1 Liter      1 Liter      \_\_\_ Liter

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom:   (Datum)

Kinder: 1 - 14 Jahre

| Frage  | J | N | Frage  | J | N |
|--|---|---|--|---|---|
| War oder ist Ihr Kind ein Schreikind?  |   |   | Wurde Epilepsie festgestellt?                              |   |   |
| Wurde eine Spreizhose empfohlen?   |   |   | Hat Ihr Kind Hautprobleme?                                 |   |   |
| Trägt Ihr Kind eine Brille?  |   |   | Leidet Ihr Kind an Bluthochdruck?                          |   |   |
| Kieferorthopädische Behandlung?  |   |   | Liegt eine Blutgerinnungsstörung oder Gefäßerkrankung vor? |   |   |
| Leidet Ihr Kind an Diabetes?   |   |   | Besteht ein regelmäßiger Monatszyklus?                     |   |   |
| Hat Ihr Kind Blasenbeschwerden?<br>(Entzündungen/Entleerungsschwierigkeiten) |   |   | Macht der Monatszyklus Beschwerden?                        |   |   |

| Frage   | Nein  |
|---|---|
| <b>Hat Ihr Kind allgemeine Verdauungsbeschwerden?</b>   |   |
| Magen                      Darm                      Galle                      _____                                       |   |
| <b>Stuhlgang</b>  |   |
| <b>Häufigkeit:</b>  | täglich                      alle ____ Tage   |
| <b>Konsistenz:</b>  | breiartig                      geformt                      hart                                      |
| <b>Farbe:</b>   | gelblich                      hellbraun                      dunkelbraun                      schwarz |
| <b>Ist bei Ihrem Kind eine Sinnesstörung bekannt?</b>   |   |
| Auge                      Ohr                      Nase                      Geschmack                                      |   |
| <b>Hat/ hatte Ihr Kind</b>  |   |
| Schwere Verletzungen:   |   |
| Unfall:   |   |
| Operationen:  |   |
| Schwere Erkrankungen:   |   |
| Chronische Erkrankungen:  |   |
| <b>Ist bei Ihrem Kind eine ansteckende Infektionskrankheit bekannt?</b>   |   |
| HIV / Aids                      Hepatitis                      Grippe                      _____                            |   |
| <b>Fiel Ihnen im Säuglingsalter Folgendes auf?</b>  |   |
| Lieblingsseite                      Überstreckung                      abgeflachter Kopf                      Trinkschwäche |   |
| <b>Durchlaufene Kinderkrankheiten</b>   |   |
| Masern                      Mumps                      Röteln   |   |
| Keuchhusten                      Windpocken                      Andere: _____  |   |
| <b>Ist Ihr Kind gekrabbelt? Wie lange?</b>  |   |
| <br>  |   |
| <b>Klagt Ihr Kind über:</b>   |   |
| Kopfschmerzen                      Schwindel                      Zahnbeschwerden   |   |
| Koordinationsschwierigkeiten                      Gleichgewichtsstörungen   |   |