

Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

Befundbogen vom: (Datum)

Kinder: 1 - 14 Jahre

Name, Vorname		_____													
Straße, Nr.		_____													
Plz, Ort		_____													
Tel.:		E-Mail:													
Rechnungsempfänger		_____													
zuständige Krankenkasse		_____													
Geburtsdatum		_____													
Gewicht, Größe		___ kg	___ cm												
Interessen, Sport- & Freizeitaktivitäten (Fußball/ Trampolin, ...)															
Aktuelles Anliegen:		Kontrolle	Wachstumsbegleitung												
		Beschwerden													
Frage		Nein													
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?															
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Wärme</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Bewegung</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Medikamente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">lindert</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">verstärkt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Wärme	Bewegung	Medikamente	lindert				verstärkt			
	Wärme	Bewegung	Medikamente												
lindert															
verstärkt															
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? (Entzündungen/Entleerungsschwierigkeiten)			Macht der Monatszyklus Beschwerden?		

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