Gesundheitsfragebogen für Säuglinge

Praxis für Integrative Gesundheit – Nährwertvoll

Liebe Eltern, dieser Fragebogen hilft mir, die gesundheitliche Entwicklung und Vorgeschichte Ihres Kindes kennenzulernen. Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit sie zutreffen. Weitere Einzelheiten besprechen wir gemeinsam im Termin.

Alter des Kindes: _____

1. Allgemeine Angaben

Geburtswoche / Geburtsgewicht / aktuelles Gewicht (falls bekannt):

_____

Regelmäßige kinderärztliche Betreuung und U-Untersuchungen?

☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?

_____

2. Anlass der Behandlung

Was führt Sie mit Ihrem Kind in die Praxis?

☐ Hautausschlag / Ekzem ☐ vermutete Allergie / Unverträglichkeit ☐ Blut im Stuhl
☐ Verdauungsbeschwerden ☐ Schreien / Unruhe ☐ Schlafprobleme
☐ Trink- / Fütterprobleme ☐ anderes: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich entwickelt?

☐ zunehmend ☐ unverändert ☐ wechselnd ☐ rückläufig

_____

Bereits kinderärztlich untersucht? Diagnose / bisherige Empfehlungen?

☐ ja ☐ nein

_____

Was wünschen Sie sich von der Behandlung?

_____

3. Schwangerschaft und Geburt

Besonderheiten in der Schwangerschaft?

☐ unauffällig ☐ Schwangerschaftsdiabetes ☐ Infektionen
☐ Medikamente ☐ Antibiotika ☐ anderes: _____

Art der Geburt?

☐ spontan vaginal ☐ eingeleitet ☐ Saugglocke / Zange
☐ geplanter Kaiserschnitt ☐ ungeplanter / Notkaiserschnitt

Nährwertvoll | Praxis für Integrative Gesundheit
Dr. rer. nat. Sandra Baumgart | Heilpraktikerin · Ernährungstherapie
Alte Schulstraße 6 | 35396 Gießen | 0178 8549390
info@naehrwertvoll.de | heilpraktikerin-naehrwertvoll.de | Insta: @naehrwertvoll.ganzheitlich

Komplikationen während / nach der Geburt oder besondere Versorgung?

☐ nein ☐ Kinderklinik / Überwachung ☐ Intensivstation ☐ Antibiotika

_____

Schwierigkeiten beim Still- oder Trinkbeginn?

☐ nein ☐ ja: _____

4. Gesundheitliche Entwicklung

Entwicklung und Gewichtszunahme bisher?

☐ altersentsprechend / unauffällig ☐ eher langsam ☐ kontrollbedürftig ☐ unbekannt

Bekannte Erkrankungen, Infektionen oder Antibiotikabehandlungen?

_____

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel (möglichst mit Dosierung)?

_____

Ärztlich festgestellte Allergien / Unverträglichkeiten?

_____

5. Ernährung und Trinkverhalten

Aktuelle Ernährung?

☐ ausschließlich gestillt ☐ überwiegend gestillt ☐ Mischernährung
☐ ausschließlich Säuglingsnahrung ☐ Beikost

Falls Säuglingsnahrung: Produkt / Art; Wechsel und Grund?

_____

Trinkverhalten?

☐ unauffällig ☐ kleine Mengen ☐ unruhig ☐ zeitweise Verweigerung
☐ häufiges Spucken ☐ ausgeprägtes Erbrechen

Stillprobleme? Falls ja, welche?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht zutreffend

_____

Beikostbeginn (Lebensmonat) und bisher angebotene Lebensmittel?

_____

Reaktionen auf bestimmte Lebensmittel?

_____

Werden Lebensmittel wegen vermuteter Unverträglichkeiten weggelassen?

☐ nein ☐ beim Kind ☐ bei der stillenden Mutter

_____

6. Verdauung und Stuhlgang

Stuhlhäufigkeit?

☐ mehrmals täglich ☐ täglich ☐ alle 2–3 Tage ☐ seltener ☐ wechselnd

Stuhlkonsistenz?

☐ weich / breiig ☐ flüssig ☐ fest / hart ☐ wechselnd

Auffälligkeiten?

☐ Schleim ☐ sichtbares Blut ☐ sehr wässrig ☐ Verstopfung
☐ starke Blähungen ☐ Schmerzen / Unwohlsein ☐ keine

Falls Blut im Stuhl: seit wann, wie häufig und wie sieht es aus?

☐ einmalig ☐ wiederholt ☐ regelmäßig
☐ hellrot ☐ mit Schleim ☐ dunkel / schwarz ☐ unklar

_____

Blut im Stuhl kinderärztlich abgeklärt?

☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Weitere Beschwerden rund um den Stuhlgang?

_____

7. Haut und mögliche allergische Beschwerden

Hautveränderungen?

☐ keine ☐ trockene Haut ☐ Rötungen ☐ Ekzeme / Neurodermitis
☐ nässende Stellen ☐ Quaddeln / Nesselsucht ☐ andere

Betroffene Körperregionen und Beginn?

_____

Verlauf und mögliche Auslöser?

☐ dauerhaft ☐ schubweise ☐ zunehmend ☐ wechselnd
☐ Lebensmittel ☐ Hautpflege ☐ Wärme / Schwitzen ☐ Infekte ☐ unklar

_____

Juckreiz / Reiben / Kratzen?

☐ nein ☐ ja ☐ unklar

Bisherige Hautpflege / Behandlung und Wirkung?

_____

8. Schreiverhalten, Unruhe und Schlaf

Wie erleben Sie Ihr Kind?

☐ überwiegend zufrieden ☐ zeitweise unruhig ☐ schwer zu beruhigen
☐ ausgeprägte Schreiphasen

Längere Phasen häufigen Schreiens („Schreibaby“)?

☐ nein ☐ aktuell ☐ früher

Wann tritt Unruhe besonders auf?

☐ nach dem Trinken ☐ beim Stuhlgang ☐ abends ☐ nachts ☐ ohne Muster

Was hilft beim Beruhigen?

_____

Schlaf?

☐ unauffällig ☐ häufiges Erwachen ☐ Einschlafschwierigkeiten
☐ kurze Schlafphasen ☐ Unruhe im Schlaf

9. Allergien und Erkrankungen in der Familie

Familiäre Erkrankungen?

☐ Neurodermitis ☐ Lebensmittelallergien ☐ Heuschnupfen ☐ Asthma
☐ Zöliakie ☐ chronisch-entzündliche Darmerkrankungen ☐ andere

Welche Erkrankung bei welchen Angehörigen?

_____

10. Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

_____

Welche Behandlungen / Ernährungsumstellungen wurden versucht?

_____

Was hat geholfen, was wurde nicht vertragen?

_____

11. Abschließende Fragen

Was belastet Sie derzeit besonders?

_____

Was wünschen Sie sich für die Behandlung?

_____

Was möchten Sie mir noch mitteilen?

_____