Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Dieser Fragebogen hilft mir, die gesundheitliche Entwicklung, Ernährung und Lebenssituation Ihres Kindes besser kennenzulernen. Ernährung und Essverhalten werden von vielen Faktoren beeinflusst – unter anderem von Wachstum und Entwicklung, körperlicher Gesundheit, Stoffwechsel, Schlaf, Bewegung, Gefühlen sowie dem familiären und sozialen Umfeld.

Es geht nicht darum, Ernährungsgewohnheiten oder das Körpergewicht zu bewerten, sondern gemeinsam herauszufinden, welche Unterstützung für Ihr Kind und Ihre Familie sinnvoll ist.

Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit sie auf Ihre Situation zutreffen. Sensible Themen können wir gerne im persönlichen Gespräch besprechen.

1. Allgemeine Angaben

Alter des Kindes:

Größe und Gewicht (falls bekannt):

Schule / Klasse:

Besonderheiten im Schulalltag, die für Ernährung, Bewegung oder Wohlbefinden relevant sind:

2. Anlass und Wünsche

Was ist der Anlass für die Beratung?

Welche Beschwerden stehen aktuell im Vordergrund? Seit wann bestehen diese und wie haben sie sich entwickelt?

Von wem ging der Wunsch nach einer Beratung aus?

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

- ☐ Kind/Jugendliche:r selbst
- ☐ Eltern/Familie
- ☐ Kinder-/Hausärzt:in
- ☐ andere Fachperson
- ☐ gemeinsam

Was wünschen Sie sich als Eltern bzw. Bezugspersonen von der Beratung?

Was wünscht sich Ihr Kind selbst?

Gibt es etwas, das Ihr Kind derzeit besonders belastet oder das sich durch die Beratung verbessern sollte?

3. Wachstum und Gewichtsentwicklung (falls zutreffend)

Bei einer bekannten Essstörung können wir die Gewichtsentwicklung auch anhand ärztlicher Unterlagen gemeinsam besprechen.

Wie hat sich das Gewicht Ihres Kindes in den vergangenen Jahren entwickelt?

Gab es in der Vergangenheit auffällige Gewichtsveränderungen (Zu- oder Abnahme) oder Veränderungen im Wachstum? Wenn ja, seit wann?

Gab es Phasen mit besonders deutlichen Veränderungen? Wenn ja, wann?

Gab es zu dieser Zeit Veränderungen oder Ereignisse, die möglicherweise eine Rolle gespielt haben könnten?

Zum Beispiel:

- Wachstum / Pubertät
- Erkrankung
- Medikamenteneinnahme
- Operation / Krankenhausaufenthalt
- Veränderungen in Schule oder Familie
- psychische Belastungen
- weniger Bewegung
- Veränderungen der Essgewohnheiten
- sonstiges

Wie erleben Sie selbst die bisherige Gewichtsentwicklung Ihres Kindes?

Wie erlebt Ihr Kind seinen Körper bzw. sein Gewicht?

Wurde die Gewichts- und Größenentwicklung bereits kinderärztlich anhand der Wachstumskurven/Perzentilen beurteilt?

☐ ja
☐ nein
☐ nicht bekannt

4. Gesundheitliche Situation

Welche Erkrankungen oder gesundheitlichen Besonderheiten sind bei Ihrem Kind bekannt?

Bestehen Allergien oder bekannte Unverträglichkeiten?

Gibt es Auffälligkeiten bei der körperlichen oder altersentsprechenden Entwicklung?

Bestehen Beschwerden, die im Alltag eine Rolle spielen?

Zum Beispiel:

- Verdauungsbeschwerden
- Schmerzen
- Atembeschwerden
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit / Erschöpfung
- Hautprobleme
- Gelenk-/Bewegungsbeschwerden
- Zyklusbeschwerden
- andere:

Gab es in der Vergangenheit größere Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind derzeit ein? Bitte mit Dosierung, soweit bekannt.

Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel oder andere Präparate ein?

Liegen aktuelle ärztliche Untersuchungs- oder Laborbefunde vor?

☐ ja
☐ nein

Gibt es gesundheitliche Themen, die aktuell ärztlich weiter abgeklärt werden?

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

5. Gesundheit in der Familie

Gibt es in der Familie gehäuft:

- ☐ Übergewicht / Adipositas
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Insulinresistenz
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ erhöhte Blutfette
- ☐ Fettleber / Lebererkrankungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ andere Stoffwechselerkrankungen

Falls ja, welche und bei wem?

Gibt es weitere familiäre gesundheitliche Besonderheiten, die für die Beratung wichtig sein könnten?

6. Bisherige Erfahrungen

Gab es bereits eine Ernährungsberatung oder andere Unterstützung im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung oder Gewicht?

- ☐ nein
- ☐ ja

Falls ja: Was wurde ausprobiert?

Was hat dabei gut funktioniert oder Ihrem Kind gutgetan?

Was war schwierig, unangenehm oder im Alltag nicht gut umsetzbar?

Gab es bisher Diäten, besondere Ernährungsformen, starke Einschränkungen bestimmter Lebensmittel oder Versuche, das Körpergewicht gezielt zu verändern?

Hat Ihr Kind bereits psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung erhalten?

- ☐ nein
- ☐ ja

Falls ja: **In welchem Zusammenhang?**

7. Essen und Trinken im Alltag (falls für das Anliegen relevant)

Wie sieht ein typischer Tag mit Essen und Trinken ungefähr aus?

Frühstück:

Vormittag / Schule:

Mittagessen:

Nachmittag:

Abendessen:

Zwischendurch / Snacks:

Getränke:

Wie häufig werden Mahlzeiten gemeinsam als Familie gegessen?

Wer entscheidet bzw. plant überwiegend, was zu Hause gegessen wird?

Welche Lebensmittel und Mahlzeiten isst Ihr Kind besonders gerne?

Welche Lebensmittel mag oder verträgt Ihr Kind nicht?

Gibt es Lebensmittel, die zu Hause bewusst eingeschränkt oder vermieden werden? Wenn ja, warum?

Wie würden Sie die Atmosphäre bei gemeinsamen Mahlzeiten beschreiben?

Gibt es beim Thema Essen häufiger Diskussionen oder Konflikte?

8. Hunger, Sättigung und Essverhalten (falls für das Anliegen relevant)

Kann Ihr Kind Hunger und Sättigung normalerweise gut wahrnehmen?

Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind deutlich mehr oder anders isst als gewöhnlich?

Zum Beispiel:

- Langeweile
- Stress
- Traurigkeit
- Frust
- Freude
- nach der Schule
- abends
- beim Fernsehen / Gaming
- in Gesellschaft
- sonstiges

Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind das Gefühl hat, beim Essen nur schwer aufhören zu können oder die Kontrolle über die Essmenge zu verlieren?

☐ nein
☐ manchmal
☐ häufiger

Kommt es vor, dass Ihr Kind heimlich isst oder Lebensmittel versteckt?

☐ nein
☐ ja

Kommt es vor, dass Ihr Kind Mahlzeiten bewusst auslässt oder sehr wenig isst, weil es sich Sorgen um sein Gewicht oder seine Figur macht?

☐ nein
☐ ja

Gibt es weitere Auffälligkeiten oder Sorgen rund um das Essen?

Gibt es Lebensmittel, die Ihr Kind aufgrund von Geschmack, Geruch, Konsistenz oder aus Angst vor unangenehmen Folgen (z. B. Übelkeit oder Verschlucken) vermeidet?

☐ nein
☐ ja
☐ nicht bekannt

Kommt es vor, dass Ihr Kind nach dem Essen versucht, die Nahrungsaufnahme auszugleichen, beispielsweise durch Erbrechen, Fasten oder besonders viel Bewegung?

☐ nein
☐ ja
☐ nicht bekannt
☐ möchte ich lieber persönlich besprechen

Beschäftigt sich Ihr Kind häufig oder belastend mit seinem Körpergewicht, seiner Figur oder damit, was und wie viel es isst?

☐ nein
☐ manchmal

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

☐ häufig
☐ möchte ich lieber persönlich besprechen

9. Bewegung und Alltag

Wie bewegt sich Ihr Kind im Alltag?

Zum Beispiel:

- Schulweg zu Fuß / Fahrrad
- Schulsport
- Vereinssport
- Spielen draußen
- Spaziergänge
- andere Aktivitäten

Welche Bewegung macht Ihrem Kind Freude?

Gibt es Bewegungsformen oder Sportarten, die Ihr Kind gerne häufiger machen würde?

Gibt es Gründe, die Bewegung derzeit erschweren?

Zum Beispiel Schmerzen, Atemnot, Unsicherheit, fehlende Angebote, Zeitmangel oder negative Erfahrungen.

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind ungefähr täglich sitzend außerhalb der Schule?

Wie viel Zeit ungefähr mit Bildschirmmedien in der Freizeit?

10. Schlaf und Tagesrhythmus

Wann geht Ihr Kind normalerweise schlafen und wann steht es auf?

Schläft Ihr Kind meistens gut und erholsam?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bestehen:

- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ ausgeprägte Tagesmüdigkeit
- ☐ starkes Schnarchen
- ☐ beobachtete Atempausen
- ☐ sonstiges:

11. Wohlbefinden und soziales Umfeld

Wie geht es Ihrem Kind derzeit insgesamt?

Fühlt sich Ihr Kind in der Schule und im Freundeskreis wohl?

Hat Ihr Kind aufgrund seines Körpers oder Gewichts bereits Hänseleien, Ausgrenzung oder abwertende Kommentare erlebt?

- ☐ nein
- ☐ ja
- ☐ nicht bekannt

Gibt es derzeit Belastungen oder Veränderungen im Leben Ihres Kindes oder Ihrer Familie, die wichtig sein könnten?

Was macht Ihr Kind besonders gerne?

Was kann Ihr Kind gut bzw. worauf ist es stolz?

Was gibt Ihrem Kind Kraft und Freude?

12. Gemeinsam Ziele finden

Was wäre aus Ihrer Sicht eine positive Veränderung durch die Beratung/Behandlung?

Was wäre aus Sicht Ihres Kindes eine positive Veränderung?

Zum Beispiel:

- sich körperlich wohler fühlen
- mehr Ausdauer / Fitness
- besser schlafen
- weniger Beschwerden
- entspannter mit Essen umgehen
- mehr Sicherheit bei der Lebensmittelauswahl
- als Familie neue Gewohnheiten entwickeln
- gesundheitliche Werte verbessern
- regelmäßiger und ausreichender essen können
- weniger Sorgen oder Ängste rund um das Essen haben
- anderes:

Welche Veränderungen erscheinen Ihrer Familie aktuell realistisch und gut umsetzbar?

Gibt es etwas, das Sie oder Ihr Kind auf keinen Fall möchten oder womit Sie bereits schlechte Erfahrungen gemacht haben?

13. Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

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