

Fragebogen für Kinder / Jugendliche:

Name: _____ Vorname _____ Geburtstag: _____
Straße : _____ PLZ: _____ Ort.: _____
Telefon : _____ E-Mail: _____
Alter : _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen:

Wie bist du geboren? _____ Normal oder per Kaiserschnitt?

Wurdest du gestillt? _____

Wurdest du schon mal operiert? _____ Weshalb? _____

Bist du gegen Kinderkrankheiten geimpft worden? _____

Wieviel trinkst du am Tag? _____ 1 Liter? _____ 1,5 % Liter? _____ Weniger? _____

Nimmst du Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Weißt du von Allergien bei dir? _____ in der Familie? _____

Liegt Diabetes vor? Type 1 oder 2? _____ in der Familie bekannt? _____

Isst du gerne und oft Süßigkeiten? _____

Trinkst du oft süße Säfte und gesüßten Tee oder Cola? _____

Isst du gerne Obst und Gemüse? _____ Wie oft in der Woche? _____

Hast du Normalgewicht - Untergewicht - Übergewicht? _____

Kannst du bestimmte Lebensmittel wie Milch, Joghurt oder ähnliches nicht
vertragen? _____

Bist du oft erkältet / krank (Mandelentzündung/Mittelohrentzündung / Schnupfen)



Fragebogen Kinder / Jugendliche

Entsprechendes bitte unterstreichen:

Bist du oft müde, antriebslos und/oder nervös und gereizt? _____

Hast du Bauchschmerzen und/ oder einen Blähbauch? _____

Hast du Magenkrämpfe oder Durchfall / Verstopfung? _____

Ist dir schon mal übel? _____

Hast du Kopfschmerzen oder Migräne? _____

Hast du Ausschlag/ Hautprobleme / Neurodermitis / Schuppenflechte? _____

Hast du Rücken- und /oder Knieschmerzen? _____

Leidest du an Asthma / Bronchitis? _____

Musst du inhalieren? Mit Kortison? _____

Hattest du schon mal einen Krupp-Husten-Anfall? _____

Hattest du schon mal das 3-Tage-Fieber?

Hattest du schon mal die Hand-Mund-Fußkrankheit? _____

Hattest du schon Epstein-Barr-Virus / Pfeifferisches Drüsenfieber? _____

Sind Allergien auf Lebensmittel oder Heuschnupfen bekannt? In der Familie? _____

Liegen Konzentrationsprobleme vor? _____

Liegt Epilepsie vor? In der Familie bekannt? _____

Kannst du schlecht einschlafen / durchschlafen? _____

Bist du aggressiv, zappelig oder besteht ADS- oder ADHS-Verdacht? _____

Wann warst du trocken? _____

Wann war deine 1. Periode? Mit starken Schmerzen? _____

Hast du / hattest du starke Akne? _____

Weitere Anmerkungen oder Hinweise? _____



Möchten Sie mir noch etwas zu Ihren Befindlichkeiten mitteilen?

Wichtiger Hinweis:

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich zur Entwicklung eines individuellen Lösungsvorschlages und werden von mir absolut vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte.

Ich bitte Sie, mir unverbindlich einen Lösungsvorschlag für mehr Vitalität und Lebensqualität zu unterbreiten.

Datum:

Unterschrift:

Rechtlicher Hinweis:

Die Gesundheitsberatung dient der Verbesserung Ihrer Befindlichkeiten. Es werden weder direkt noch indirekt medizinische Ratschläge und Heilaussagen gegeben. All jenen, die medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung benötigen, wird dringend empfohlen, einen Arzt, Heilpraktiker oder Apotheker aufzusuchen.

Ich wünsche Ihnen gute Gesundheit!

Bärbel Beckhoff

Gesundheitsberatung Köln, Team Beckhoff Heuing GbR
Bärbel Beckhoff – Siegstraße 11 – 50859 Köln-Lövenich – Telefon 02234/9107079 –
E-Mail: Gesundheit@TBHkoeln.de – WWW.Wieder-Gesund.Koeln

