



PRIVATPRAXIS

Dr. König & Kollegen

BADEN-BADEN · KARLSRUHE

Homöopathischer Patientenfragebogen für Ihr Kind

PATIENTEN-NR.

Name, Vorname: _____

(wird von der Praxis ausgefüllt)

1. Beschwerden (bitte möglichst mit Angabe, seit wann sie aufgetreten sind):

2. Verlauf von Schwangerschaft und Geburt:

3. Alle Impfungen und Impfreaktionen (bitte auch Impfausweis mitbringen):

4. Unverträglichkeit von Arzneimitteln:

5. Allergien (z. B. Kontakt- / Magen- / Inhalations- / Nahrungsmittelallergien):

6. Anfälligkeiten für bestimmte Krankheiten:

7. Alle Krankheiten und Auffälligkeiten (auch verzögerte Zahnung, Sprachentwicklung, Sitzen-, Gehenlernen usw.)
in zeitlicher Reihenfolge von Geburt bis heute:

8. Anzahl der Geschwister mit Angabe des Alters (evtl. Erkrankungen - s. Rückseite):

9. Was gibt es sonst noch für Besonderheiten?

10. Besondere Angewohnheiten im Schlaf:

11. Lieblingsspeise und Getränk Ihres Kindes:

12. Was isst oder trinkt Ihr Kind ganz ungerne?

13. Unverträglichkeiten von Speisen und Getränken:

14. Weint es leicht? Will es getröstet werden?

15. Stimmung (ausgeglichen, schnell zornig, nachgiebig?):

16. Zorn (schnell vorüber, andauernd, zieht sich beleidigt zurück?):

17. Kränkbarkeit (schnell beleidigt, lange beleidigt, erzählt von früheren Kränkungen):

Privatpraxis Dr. König & Kollegen

Adresse Ludwig-Wilhelm-Platz 4
76530 Baden-Baden
Germany

Kaiserallee 36
76185 Karlsruhe
Germany

Kontakt FON +49 7221 97371-0
FAX +49 7221 97371-22
MAIL info-bb@drkoenig.com

FON +49 721 627677-0
FAX +49 721 627677-24
MAIL info-ka@drkoenig.com

Seite 1/2

www.drkoenig.com



PRIVATPRAXIS

Dr. König & Kollegen

BADEN-BADEN · KARLSRUHE

Homöopathischer Patientenfragebogen für Ihr Kind

Kreuzen Sie bitte in der folgenden Tabelle das auf Ihr Kind Zutreffende an:

Ruhig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Ist der Schlaf unruhig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Unruhig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Schweiß im ersten Schlaf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Fröstelig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Beine ausserhalb der Decke?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Lehnt es warme Kleidung ab?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Spätes Erwachen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Ist die Haut trocken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Spätes Einschlafen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schweißneigung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zu frühes Erwachen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Ekzeme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Braucht es Licht zum Einschlafen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Wundsein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zuckt es im Schlaf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Körpergeruch?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zähneknirschen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Leicht erschöpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wie ist die Schlaflage?	<input type="radio"/> Bauch	<input type="radio"/> Rücken	<input type="radio"/> Seite
Verstopfung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Aufenthalt am Meer:			
Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Verschlimmert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hitzeunverträglichkeit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Verbessert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Kälteunverträglichkeit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein				

Familiärer Hintergrund – Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:

Ledig seit _____ Geschieden seit _____ In Trennung Lebend seit _____
Verheiratet seit _____ Getrennt seit _____ Verwitwet seit _____

Geschwister: ♀ _____ Erkrankungen: _____
♂ _____

Krankheiten, v.a. chronische der Eltern und soweit möglich der Großeltern:

Mutter: _____ Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____ Großeltern väterlicherseits: _____
Mutter: _____ Mutter: _____

Vater: _____ Vater: _____

Privatpraxis Dr. König & Kollegen

Adresse Ludwig-Wilhelm-Platz 4
76530 Baden-Baden
Germany

Kaiserallee 36
76185 Karlsruhe
Germany

Seite 2/2

Kontakt FON +49 7221 97371-0
FAX +49 7221 97371-22
MAIL info-bb@drkoenig.com

FON +49 721 627677-0
FAX +49 721 627677-24
MAIL info-ka@drkoenig.com

www.drkoenig.com