

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom:   (Datum)

Kinder: 1 - 14 Jahre

<b>Name, Vorname</b>			
Straße, Nr.			
Plz, Ort			
Tel.			
<b>Rechnungsempfänger</b>			
<b>Geburtsdatum des Kindes</b>			
<b>Gewicht, Größe</b>	___ kg	___ cm	
<b>Interessen, Sport- &amp; Freizeitaktivitäten (Fußball/ Trampolin, ...)</b>			
<b>Aktuelles Anliegen:</b>	Kontrolle	Wachstumsbegleitung	Beschwerden

Frage	Nein												
<b>Dauer der Beschwerde (in Wochen):</b>													
<input type="checkbox"/> < 6 <input type="checkbox"/> 6 – 12 <input type="checkbox"/> 12 – 1 Jahr <input type="checkbox"/> ___ Jahre													
<b>Sind Therapien erfolgt? Welche?</b>													
<b>Haben diese Therapien geholfen?</b>													
<b>Was lindert oder verstärkt die Beschwerden?</b>													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;">Wärme</th> <th style="width: 25%;">Bewegung</th> <th style="width: 25%;">Medikamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>lindert</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>verstärkt</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Wärme	Bewegung	Medikamente	<b>lindert</b>				<b>verstärkt</b>			
	Wärme	Bewegung	Medikamente										
<b>lindert</b>													
<b>verstärkt</b>													
<b>Werden Medikamente verabreicht? Welche und wogegen?</b>													
<b>Wurden während der Schwangerschaft oder der Entbindung Medikamente zugeführt?</b>													
Welche und wogegen?													
<b>Wann war die letzte Impfung Ihres Kindes? am:</b>													
besondere Reaktionen:													
<b>Wieviel Flüssigkeit (Wasser) nimmt Ihr Kind täglich zu sich?</b>													
<input type="checkbox"/> < 0,5 Liter <input type="checkbox"/> 0,5 - 1 Liter <input type="checkbox"/> 1 Liter <input type="checkbox"/> ___ 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
<b>Hat Ihr Kind allgemeine Verdauungsbeschwerden?</b>	
Magen	Darm
Galle	_____
<b>Stuhlgang</b>	
<b>Häufigkeit:</b>	täglich      alle ____ Tage
<b>Konsistenz:</b>	breiartig      geformt      hart
<b>Farbe:</b>	gelblich      hellbraun      dunkelbraun      schwarz
<b>Ist bei Ihrem Kind eine Sinnesstörung bekannt?</b>	
Auge	Ohr
Nase	Geschmack
<b>Hat/ hatte Ihr Kind</b>	
Schwere Verletzungen:	
Unfall:	
Operationen:	
Schwere Erkrankungen:	
Chronische Erkrankungen:	
<b>Ist bei Ihrem Kind eine ansteckende Infektionskrankheit bekannt?</b>	
HIV / Aids	Hepatitis
Grippe	_____
<b>Fiel Ihnen im Säuglingsalter Folgendes auf?</b>	
Lieblingsseite	Überstreckung
abgeflachter Kopf	Trinkschwäche
<b>Durchlaufene Kinderkrankheiten</b>	
Masern	Mumps
Keuchhusten	Windpocken
Röteln	Andere: _____
<b>Ist Ihr Kind gekrabbelt? Wie lange?</b>	
<b>Klagt Ihr Kind über:</b>	
Kopfschmerzen	Schwindel
Koordinationsschwierigkeiten	Zahnbeschwerden
	Gleichgewichtsstörungen