



Praxis am Neumarktplatz

Neumarktplatz 10, 5200 Brugg, 056 442 59 53

Fragebogen für Säuglinge und Kinder bis 2 Jahre (ab 2 Jahre siehe Seite 4)

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Gesundheitsbüchli und falls vorhanden Geburtsbericht und med. Berichte zur ersten Behandlung mit. Falls ihr Kind krank ist, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Strasse: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobile: _____

Email: _____ Kinderarzt: _____

Krankenkasse Zusatzversicherung O ja O nein wenn ja welche? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Fragen zur Schwangerschaft

Ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Liegen frühere Schwangerschaften vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein fertilitätsförderndes oder reproduktions-
medizinisches Verfahren angewendet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab es vor und/oder während der Schwangerschaft Traumata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie vor oder während der Schwangerschaft folgende
Beschwerden? | | |
| ○ Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ länger dauernde Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Schwangerschaftsdiabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ psychische Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Schwangerschaftsvergiftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Sonstiges (z. Bsp. Stressfaktoren, Todesfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen, die die Geburt betreffen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • War es eine Spontangeburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde die Geburt eingeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine schwierige Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine lange Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine kurze Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War die Geburt zum errechneten Geburtstermin?
wenn nein, +/- Tage angeben: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kam es zu einer Geburtsverzögerung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Praxis am Neumarktplatz

Neumarktplatz 10, 5200 Brugg, 056 442 59 53

- | | Ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Kam es zum Einsatz von | | |
| ○ Wehenmitteln / Wehenhemmern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ schmerzstillenden Mitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Periduralanästhesie (PDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lag das Kind schon lange tief im Becken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kamen folgende geburtshilfliche Massnahmen zum Einsatz? | | |
| ○ Saugglocke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Zange | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein planmässiger Kaiserschnitt durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein Notkaiserschnitt durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War die Nabelschnur um den Hals oder Kopf gewickelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • In welcher Geburtsposition befand sich das Kind? | | |
| ○ Beckenendlage | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Gesichtslage | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Stirnlage | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Hinterhauptslage | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Vorderhauptslage | <input type="checkbox"/> | |

Fragen die die Zeit nach der Geburt betreffen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wie war der APGAR-Score 1' 5'..... 10'..... | | |
| • Musste das Kind intensiv medizinisch betreut werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lagen sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frageliste vom 10. Tag bis zum 24. – 30. Monat

Allgemeine Fragen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Benötigt ihr Kind ständige Aufmerksamkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Möchte es ständig herumgetragen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Überstreckt sich das Kind? (gespannter Bogen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zieht es sich krampfartig zusammen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wirkt es steif oder schlapp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite? (Asymmetrie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist das Schreien des Kindes? | | |
| ○ laut | <input type="checkbox"/> | |
| ○ schrill | <input type="checkbox"/> | |
| ○ weinerlich | <input type="checkbox"/> | |
| ○ stöhnend | <input type="checkbox"/> | |
| • Wie reagiert das Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt? | | |
| ○ schreiend | <input type="checkbox"/> | |
| ○ abwesend | <input type="checkbox"/> | |
| ○ unauffällig | <input type="checkbox"/> | |



Praxis am Neumarktplatz

Neumarktplatz 10, 5200 Brugg, 056 442 59 53

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Atmet das Kind hörbar schwer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind wach für sein Alter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind hyperaktiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind passiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tränen beim Kind ein oder beide Augen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegt eine Asymmetrie des Schädels vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegt eine Asymmetrie des Gesichts vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegen Unfälle vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Sturz vom Wickeltisch | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> | |
| ○ andere | <input type="checkbox"/> | |
| • Hat das Kind eine Skoliose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet es unter sonstigen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | |
| ○ neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Allergien | <input type="checkbox"/> | |
| ○ andere | <input type="checkbox"/> | |
| • Wurde das Kind geimpft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, welche? _____ | | |
| ○ Traten nach den Impfungen Reaktionen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zur Nahrungsaufnahme

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist das Trinkverhalten des Kindes? | | |
| ○ Saugschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Schluckprobleme | <input type="checkbox"/> | |
| • Erbricht das Kind nach dem Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, häufig | <input type="checkbox"/> | |
| ○ selten | <input type="checkbox"/> | |
| • Muss es häufig aufstossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat das Kind vermehrten Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Flüssigkeitsverlust? (trockene Zunge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Koliken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Verstopfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist die Konsistenz des Stuhls? _____ | | |
| • Hat das Kind einen harten Bauch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Treten bei Positionswechsel Schmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schreit es bei Positionswechsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Praxis am Neumarktplatz

Neumarktplatz 10, 5200 Brugg, 056 442 59 53

	Ja	nein
Fragen zum Schlafverhalten		
• Schläft das Kind immer zur gleichen Seite gedreht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schreit das Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sucht das Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schläft das Kind tagsüber oft und lang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist es nachts wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schläft das Kind selbständig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hat das Kind Mühe beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weint das Kind vor jedem Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weint das Kind nach dem Wachwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wird das Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leidet das Kind unter Schlaflosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragenliste für Kleinkinder/Kinder ab 2 Jahren

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Leidet ihr Kind regelmässig an Ohr- / Mittelohrentzündungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wurde das Setzen von Röhrrchen vorgeschlagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter einer Gehörverminderung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegen HNO Operationen vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist das Kind häufig erkältet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Atmet das Kind regelmässig durch den Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fällt oder fiel das Kind häufig hin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, nach vorne | <input type="checkbox"/> | |
| ○ rückwärts | <input type="checkbox"/> | |

Honorarvereinbarung:

Die Leistungen werden Ihnen in Rechnung gestellt. Bitte fragen Sie bei Ihrer Zusatzversicherung nach, ob die Kosten gedeckt sind oder ob sie eine Überweisung benötigen. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten.

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Unbegründete kurzfristige Terminabsagen werden in Rechnung gestellt.

Die Gebühr für eine Erstbehandlung beträgt ca. Fr. 150.-.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Honorarvereinbarung einverstanden. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____ Unterschrift ges. Vertreter: _____