

Fragebogen Medizin - Kind

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vervollständigung der medizinischen Daten für Ihr Kind (für jedes Kind einzeln) füllen Sie bitte diesen Fragebogen ganz in Ruhe aus. **Zugang zu den Fragebögen haben bei uns in der Klinik nur die Mitarbeiter des medizinischen Teams.** Wir bitten Sie die Fragen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** zu beantworten. Bitte senden Sie uns den Fragebogen **in der im Anschreiben genannten Frist** per Fax oder Post zurück.

Name, Vorname	Geb. Datum	
Anzahl Geschwister	Größe	Gewicht

Impfschutz

Bitte bringen Sie zusätzlich den Impfausweis Ihres Kindes/Ihrer Kinder mit zur Kur.
Falsche oder fehlende Angaben führen zum Kurausschluss.

Besteht ein kompletter Impfschutz gegen:

Masern? ☐ ja ☐ nein

Varizellen (Windpocken)? ☐ ja ☐ nein ☐ durchgemacht

Medikamentenallergien (z.B. Penicillinallergie):

Allergien (z.B. Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nickel etc.):

Gab es einen anaphylaktischen Schock?

☐ nein ☐ ja, wann? Wo gegen?

Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw.

Nahrungsmittelallergien:

(lt. Allergieausweis, medizinisch diagnostiziert)

☐ Ei ☐ Gluten ☐ Fisch ☐ Fructose

☐ Milcheiweiß ☐ Lactose ☐ Nuss ☐ Soja

☐ Erdnuss ☐ Weizen

Obst:

Gemüse:

Babykost: ☐ ja ☐ nein

Körperliche Funktionseinschränkungen, Beschwerden oder Erkrankungen

der Atemwege (z.B. Infektanfälligkeit, Asthma bronchiale, Chronisch Obstruktive Bronchitis)
Wenn, ja welche Erkrankung / Beschwerden:

der Haut (z.B. Neurodermitis, Psoriasis)
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Herzkreislaufsystems (z.B. angeborene Herzfehler).
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen oder psychische Erkrankungen (z.B. ADHS, Autismus)

des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüsenstörungen, Diabetes mellitus Typ I oder II).
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Bewegungsapparates (z.B. Skoliose, M. Scheurmann, Hüftdysplasie Gehbehinderung), oder rheumatische Erkrankung
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Nervensystems (z.B. Epilepsie).
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Verdauungstraktes (z.B. Zöliakie).
Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

Angeborene Erkrankungen oder Andere nicht genannte Erkrankungen oder Beschwerden sowie Infektions- und Suchterkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA-Infektionen):

Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind aktuell ein (bitte genaue Angabe des Medikamentes und der Dosierung):

Name des Medikamentes:	Dosierung:

Welcher **Arzt/Ärztin** ist über den Gesundheitszustand Ihres Kindes am besten informiert?

Name des Arztes/ der Ärztin: _____

Anschrift und Telefon: _____

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zutreffen:

Funktionsstörungen und gesundheitliche Beschwerden						Aktivitäten und Teilhabe: Die genannten Krankheiten oder Beschwerden hindern mein Kind daran...					
	nicht vorhanden	leicht / selten	mäßig / teils,	erheblich /	voll und ganz		nicht vorhanden	leicht / selten	mäßig / teils,	erheblich /	voll und ganz
Mein Kind leidet an ...											
Niedergeschlagenheit	0	1 –	2 –	3 –	4	sein Wissen anzuwenden und neues zu lernen	0	1 –	2 –	3 –	4
Kopfschmerzen	0	1 –	2 –	3 –	4						
Schwindel	0	1 –	2 –	3 –	4	mit Stress und schwierigen Situationen umzugehen	0	1 –	2 –	3 –	4
Lustlosigkeit	0	1 –	2 –	3 –	4						
ständiger Müdigkeit	0	1 –	2 –	3 –	4	mit anderen problemlos zu kommunizieren	0	1 –	2 –	3 –	4
Stimmungsschwankungen	0	1 –	2 –	3 –	4						
Impulsivität/ Aggressivität	0	1 –	2 –	3 –	4	ohne Einschränkung zu stehen, gehen oder zu laufen	0	1 –	2 –	3 –	4
Konzentrationsstörungen	0	1 –	2 –	3 –	4						
Schlafstörungen	0	1 –	2 –	3 –	4	auf die Gesundheit zu achten	0	1 –	2 –	3 –	4
Hörstörungen	0	1 –	2 –	3 –	4	sein Zimmer aufzuräumen	0	1 –	2 –	3 –	4
Rückenbeschwerden	0	1 –	2 –	3 –	4	soziale Kontakte zu pflegen	0	1 –	2 –	3 –	4
Essstörungen	0	1 –	2 –	3 –	4	mit anderen zu spielen	0	1 –	2 –	3 –	4
Ängsten	0	1 –	2 –	3 –	4	die Schule/ Kita zu besuchen	0	1 –	2 –	3 –	4
Atemproblemen	0	1 –	2 –	3 –	4	am Familienleben teilzuhaben	0	1 –	2 –	3 –	4
Juckreiz/ Hautproblemen	0	1 –	2 –	3 –	4						
Verdauungsproblemen	0	1 –	2 –	3 –	4	Freizeit zu genießen	0	1 –	2 –	3 –	4
Weitere: _____											

Wie viele Krankheitstage hatte Ihr Kind etwa im letzten Jahr:

Belastungen des täglichen Lebens

Skala s.o.

- Belastung durch Wohnsituation 0 1 – 2 – 3 – 4
☐ beengt ☐ Mehrgenerationenhaus
- Belastung durch Schule / Kita 0 1 – 2 – 3 – 4
☐ Lernbehinderung ☐ Überforderung
☐ Weg zur Schule/Kita ☐ Mobbing

- Belastung in der Familie 0 1 – 2 – 3 – 4
☐ Trennung ☐ Konflikte ☐ Gewalt ☐ Patchworkfamilie
☐ Sucht ☐ chronische Erkrankung von Familienmitgliedern
- Belastende Beziehungen zu anderen Menschen 0 1 – 2 – 3 – 4
☐ Konflikte mit den Eltern ☐ Tod nahe stehender Personen
- Andere: _____ 0 1 – 2 – 3 – 4

Name, Vorname des Kindes

Welche Ziele haben Sie für Ihr Kind

Welches sind die Diagnosen oder Beschwerden, die im **Schwerpunkt** behandelt werden sollen?
Bitte setzen Sie **nur ein** Kreuz für die 1. und 2. Wahl.

Diagnose	1.Wahl	2.Wahl	Schweregrad (0-10)
Erholung			
Verhaltensauffälligkeiten Welche			
Übergewicht			
Atemwegserkrankung			
Hauterkrankung			
Erkrankung der Wirbelsäule oder Gelenke			
Infektanfälligkeit			
Kopfschmerzen oder Migräne			

Bitte beurteilen Sie in der Spalte „Schweregrad“ das Ausmaß Ihrer Beeinträchtigung von
1= unbeeinträchtigt bis 10= stärkste Beeinträchtigung für die angekreuzten Diagnosen.

Überlegen Sie nun, was Sie für Ihr Kind mit der Kur erreichen wollen. Kreuzen Sie 3 BIS MAX. 5 ZIELE an, die Ihnen oder Ihrem Kind persönlich am wichtigsten sind:	
☐ weniger Schmerzen haben	☐ körperliche Fitness steigern
☐ weniger Infektanfälligkeit	☐ besserer Umgang mit Stress/Konflikten
☐ besserer Umgang mit seelischer Belastung	☐ Geschwisterverhältnis verbessern
☐ Zeit mit den Eltern	☐ bessere Beziehung zu den Eltern
☐ Verhaltenskompetenz steigern	☐ besserer Umgang mit Ängsten
☐ Entspannung fördern	☐ mehr Zeit für sich haben
☐ Gewicht reduzieren	☐ sich gesünder ernähren
☐ Verbesserung der Haut (bei Hauterkrankungen)	☐ Atembeschwerden lindern
☐ mit der Erkrankung besser zurechtkommen	☐ weniger Krankheitstage
☐ Sonstiges:	

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Angaben für die Kinderbetreuung

Bitte füllen Sie den Bogen für jedes Kind einzeln aus und schicken diesen gemeinsam mit den anderen Unterlagen im Vorwege zurück.

Aufnahmetermin (von – bis): _____

Mein Name: _____

Pat. ID: _____

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Alter des Kindes: _____ **Jahre**

Geht Ihr Kind zur Schule? **ja** ☐ **nein** ☐

Kann Ihr Kind schwimmen? **ja** ☐ **nein** ☐

Ist bei Ihrem Kind eine **Entwicklungsverzögerung** bekannt?

sprachlich (z. B. stottern, lispeln) **ja** ☐ **nein** ☐ _____

körperlich (z. B. Feinmotorik) **ja** ☐ **nein** ☐ _____

geistig **ja** ☐ **nein** ☐ _____

Wenn ja, welchem Alter entspricht der Entwicklungsstand Ihres Kindes? _____ **Jahre**

Bestehen bei Ihrem Kind besondere Bedürfnisse?

körperlich (z. B. Rollstuhl) **ja** ☐ **nein** ☐ _____

geistig (z. B. Down Syndrom) **ja** ☐ **nein** ☐ _____

Gibt es Probleme in der Schule / Kindergarten in Richtung der **Leistung** ☐ **Verhalten** ☐

Welche? _____

Hat ihr Kind **Probleme** in Gruppen (z.B. Aggressionen, Verweigerung, Weglauftendenz)

-Bitte wenden-

Kindergartenkind (0-6 Jahre):

Hat ihr Kind Erfahrungen mit einer Fremdbetreuung? Kindergarten; Krippe **ja** ☐ **nein** ☐

Welcher Art? _____

Kann sich ihr Kind in Gruppen integrieren? **ja** ☐ **nein** ☐

Wobei tut es sich schwer? _____

Schulkind / Jugendliche

Kann sich ihr Kind in Gruppen integrieren? **ja** ☐ **nein** ☐

Wobei tut es sich schwer? _____

Was Sie beachten sollten:

Bereiten Sie Ihr/e Kind/er spielerisch oder im Gespräch auf den Aufenthalt in der Kindereinrichtung, die Trennung von der Mutter/Vater, auf neue Bezugspersonen und Freundschaften vor. In der Eingewöhnungsphase kann ein Schnuller oder ein vertrautes Kuscheltier ein hilfreicher „Tröster“ sein. Ältere Kinder besuchen den Jugendtreff/Jugendclub. Hier finden verschiedene Rallyes, Turniere u. Ä. statt. Es wird Tischtennis gespielt oder Inliner gefahren, sowie kreativ gestaltet oder einfach nur mal die Ruhe genossen. Tischtennisschläger, Inliner, CD's oder Ähnliches dürfen gerne mitgebracht werden!

Maßnahmen der Eltern vor Antritt der Kur: Denken Sie daran ein Kuscheltier oder Kuschelkissen oder ein vertrautes Hörspiel, Buch mitzunehmen. Sprechen Sie vorab mit Ihrem Kind über die Kur. Zeigen Sie den Ort, Strand, Klinikfotos und sprechen Sie über die angebotenen Aktivitäten und Freizeitgestaltung außerhalb der Klinik, um Ihr/e Kind/er auf den dreiwöchigen Aufenthalt vorzubereiten.

Einverständniserklärung: Im Folgenden möchten wir Sie nun bitten, uns Ihr Einverständnis für die unterschiedlichen Aktivitäten der Kinderbetreuung, wie z. B. altersgerechte Lauf- und Ballspiele, Mal- und Bastelarbeiten sowie Spaziergänge und Wanderungen, zu geben.

Ort, Datum: _____
Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten