

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name:

Vorname:

Name, Adresse des Hausarztes:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem Kreuz.

1. Ist Ihr Kind / Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein <>    Ja <>

Weshalb:

Name des behandelnden Arztes:

2. Werden irgendwelche Medikamente regelmässig eingenommen?

Nein <>    Ja <>

Welche:

3. Mussten früher Medikamente regelmässig eingenommen werden?

Nein <>    Ja <>

Welche:

4. Traten jemals gesundheitliche Probleme auf?

Nein <>    Ja <>

Kurze Beschreibung:

5. War jemals ein Spitalaufenthalt notwendig?

Nein <>    Ja <>

Warum:

6. Hatte Ihr Kind / Hatten Sie jemals einen Unfall mit Gesichtsverletzungen?

Nein <>    Ja <>

Welche:

7. Sind Allergien / Heuschnupfen aufgetreten?

Nein <>    Ja <>

Beschreibung der Allergie:

8. Trat je eine unerwünschte Reaktion gegen Medikamente auf?

z.B. Penicillin, Antibiotikum, Desinfektionsmittel...

Nein <>    Ja <>

Kurze Beschreibung:

9. Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?

Nein <>    Ja <>

Falls ja, war das Resultat positiv?

Nein <>    Ja <>

10. Wurden eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Krankheiten durchgemacht?

Nein <>	Ja<>	Herzkrankheiten (Endokarditis)
Nein <>	Ja<>	Rheumatisches Fieber, Arthritis
Nein <>	Ja<>	Blutungsstörungen, Blutkrankheiten
		Falls ja, welche:
Nein <>	Ja<>	Hepatitis (Gelbsucht)
Nein <>	Ja<>	Diabetes (Zuckerkrankheit)
Nein <>	Ja<>	Hautkrankheiten
Nein <>	Ja<>	Stoffwechselstörungen
Nein <>	Ja<>	Immunkrankheiten
Nein <>	Ja<>	Asthma
Nein <>	Ja<>	Leberprobleme
Nein <>	Ja<>	Magen-/Darmprobleme (Verdauungsprobleme)
Nein <>	Ja<>	Nierenprobleme
Nein <>	Ja<>	Sprach- oder Hörprobleme
Nein <>	Ja<>	Epilepsieanfälle
		Wenn ja: angeboren <>
		durch Unfall erworben <>
Nein <>	Ja<>	Geburtsgebrechen
		Falls ja, welche:
Nein <>	Ja<>	Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten
Nein <>	Ja<>	Sonstige physische / psychische Probleme
Nein <>	Ja<>	Wurden die Halsmandeln entfernt
Nein <>	Ja<>	Wurden die Rachenmandeln entfernt

11. Für Mädchen: Ist die 1. Menstruation bereits eingetreten?

Der Eintrittszeitpunkt der Menstruation ist wichtig für das Erstellen einer Wachstumsprognose.

Nein <>      Ja <>      Seit wann:

12. Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Nein <>      Ja <>      In welchem Monat:

13. Werden Sie vom Sozialdienst unterstützt?      Nein <>      Ja <>

14. Bei welcher Krankenkasse / Krankenversicherung ist der Patient versichert?

Name der Gesellschaft:

Adresse:

Versicherungs-Nr.:

Für Asylbewerber: Besitzen Sie einen Ausweis F oder N?      Nein <>      Ja <>

15. Mit wie vielen Kindern waren Sie bereits bei uns in Behandlung?

Datum:

Unterschrift: