

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 <>

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL) ? Nein<> Ja <>

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

Name der Gesellschaft:

Adresse:

AHV-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: