

# Befindlichkeitsanalyse Kinder

Förderverein für Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität



Name		Gewicht		Größe		Alter	
------	--	---------	--	-------	--	-------	--

Hat Ihr Kind Allergien	(bitte ankreuzen)	Hat Ihr Kind oft Infekte?
Heuschnupfen	Diabetes ( ) Typ 1 ( ) Typ 2	Husten
		Schnupfen
		Bronchitis
	<b>Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?</b>	Mittelohrentzündung
		Mandelentzündung
<b>Lebensmittel:</b>	Masern	Blasenentzündung
	Mumps	<b>Sonstiges:</b>
	Röteln	
<b>Sonstige:</b>	Keuchhusten	<b>Bewegungsapparat:</b>
	Windpocken	
	Scharlach	
		Weitere Erkrankungen:
<b>Hautprobleme:</b>	<b>Ernährung Verlangen nach:</b>	Astma
Neurodermitis	Süß	Krebs
Schuppenflechte	Sauer	<b>Sonstige:</b>
Ekzeme	Salzig	
<b>Sonstige:</b>	Eier	
	Fleisch	
<b>Herz-Kreislauf-Probleme:</b>	Obst	<b>Anmerkung:</b>
	Gemüse	
	<b>Abneigung gegen:</b>	
	Süß	
	Sauer	
	Salzig	
<b>Darmprobleme:</b>	Eier	
Colitis Ulzerosa	Fleisch	
Reizdarm	Obst	Kürzliche OP, welche:
Morbus Cron	Gemüse	
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Schule?		Ist oft überdreht
Schwierigkeiten mit anderen Kindern		Diagnostiziert:
Prügelt sich oft		ADHS
Kann sich nicht konzentrieren		ADS
Hat Lernschwierigkeiten		
Wurde Ihr Kind geimpft? Ja:                      Nein:		
Wurde Ihr Kind kürzlich mit Antibiotikum behandelt Ja:                      Nein:		
Anmerkungen;		