

Folgebesuch bei:

(Stempel)

Name des Patienten: _____

Diagnose/Behandlungsgrund: _____

heutiges Datum: _____ Datum letzter Arzttermin: _____

Geburtstag: _____

Ungefähre Größe _____ und Gewicht _____ des Patienten.

Telefon Nummer: _____ Fax: _____

Gab es signifikante Veränderungen im Verhalten oder im Wohlbefinden seit der letzten Konsultation?

Positive Veränderungen:

Negative Veränderungen:

Stress Verhalten:

Welche Medikamente (keine Nahrungsergänzungen) wurden eingenommen?

Medikament:		Dosierung:	
Medikament:		Dosierung:	
Medikament:		Dosierung:	
Medikament:		Dosierung:	

Welche Nahrungsergänzungen wurden genommen?

Morgen:

Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	

Mittag:

Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	

Abend:

Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	

Nacht:

Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	
Wirkstoff:		Dosierung:	

Andere Wirkstoffe:

Bitte ankreuzen:

	<i>verschlechtert</i>	<i>ohne Veränderung</i>	<i>verbessert</i>	<i>normalisiert</i>
Schlafverhalten:				
Verdauung:				
Blickkontakt:				
Rezeptive Sprache:				
Expressive Sprache:				
Feinmotorik:				
Grobmotorik:				
Konzentration:				
Stereotypien:				
Spiel und Interaktion mit anderen Kindern?				

**Welche Therapien wurden
angewendet?** _____

DIÄT:

- **Gluten & Casein Frei?** _____
Zucker-frei? _____
- **Andere Diäten?** _____
- **Ist die Kost ausgewogen, und wird in angemessenen Mengen
abwechslungsreich gegessen?**

Was möchten Sie beim heutigen Besuch besprechen?
