

# Vitalcheck FÜR DEIN KIND

NAME DES KINDES

VORNAME DES KINDES

STRASSE

PLZ/ORT

GEB.-DATUM DES KINDES

TEL.

## Allgemein - Mein Kind...

- ist ein Bewegungsmuffel
- ist zappelig
- anfällig für Infekte
- leidet unter Allergien/Unverträglichkeiten
- hat Neurodermitis
- hat gelegentlich Kopfschmerzen
- hat oft Kopfschmerzen
- ist häufig schlapp/müde/energielos
- hat Konzentrationsstörungen/ADHS
- schläft schlecht ein
- wird nachts wach

## Zum Wesen - Mein Kind...

- ist fröhlich
- ist ausgeglichen
- ist oft traurig
- hat Stimmungsschwankungen
- ist oft überfordert
- hat viele Freunde

## Verdauung - Mein Kind...

- hat Probleme mit der Verdauung
- hat harten Stuhlgang
- hat weichen Stuhlgang
- hat oft Bauchschmerzen

## Ernährung - Mein Kind...

- ist über- oder untergewichtig
- isst weniger als 5 Portionen Obst/Gemüse am Tag
- trinkt weniger als 2 Liter (gesunde Getränke) am Tag
- trinkt häufig Süßgetränke
- hat Heißhunger auf Süßes/Salziges

## Mein Kind leidet unter diesen Allergien/Unverträglichkeiten:

## Wieviel Liter Wasser trinkt Ihr Kind täglich?

## Wieviel Liter Süßgetränke trinkt Ihr Kind täglich?