



## Anamnese-Fragebogen für Kinder

### Persönliche Daten

---

Name		Geburtstag
Vorname		Tel.
Straße		Tel. berufl.
PLZ – Ort		E-Mail
Versicherung	Gesetzlich (AOK, DAK Private Zusatzversicherung usw.)	Beihilfe Privat-Versicherung, welcher Tarif?

**Mit welchem Wunsch für Ihr Kind kommen Sie zu mir? Welche Beschwerden hat Ihr Kind?**

---

### Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamenteneinnahmen, Zahnung, Wachstumsschub, Impfung, usw.

### Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Lebensveränderungen, starke Erschöpfung, starker Eisenmangel

**Wie war die Geburt? Medikamente unter der Geburt?**

Dauer, Komplikationen, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Spätgeburt

**Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?**

Angabe in Monaten

**Hat die Mutter während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit Medikamente eingenommen?**

Eisen, Jod, Antibiotika, Folsäure, Vitamine, Magnesium etc.

**Hat Ihr Kind nach der Geburt Medikamente eingenommen? Wie lange?**

Fluoridl., Vit-D, Antibiotika, Cortison (auch Cortisonsalben), Mineralien, Vitamine

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen!**

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

**Ist Ihr Kind schon einmal von einer Zecke gebissen worden?**

**Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bis heute durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tuberkulose, usw.

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?**

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

**Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?**

häufig, selten, regelmäßig auftretend, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends oder nachts, halbseitig - links - rechts – beidseitig? Unter welchen Umständen treten Sie auf?

<b>Augen</b>	Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, sonstige Beschwerden
<b>Ohren</b>	links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Operation mit Röhren, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Gleichgewichtsstörungen
<b>Nase</b>	chronischer Schnupfen oder Heuschnupfen, behinderte Nasenatmung, Polypen Nase häufig verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen. Allergien auf:
<b>Mandeln</b>	Operation, häufig Mandelentzündungen, links, rechts, eitrig, mit oder ohne Fieber
<b>Lunge</b>	häufig Bronchitis, akuter oder chronischer Husten, Lungenentzündung, Asthma

<b>Zähne/Kiefer</b>	(bitte Zutreffendes ankreuzen) Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Häufige Zahnarztbesuche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Zahnfüllungen** Hat Ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja welches Material

Hadte die Mutter während der Schwangerschaft Amalgamfüllungen?

**Magen** Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Unverträglichkeit von Fett, Eiweißen, Milch, Zucker. Sonstige Nahrungsmittelallergien

**Darm** Schmerzen, Blinddarmoperation, häufig Blähungen - Geruch

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.Tag, unregelmäßig, riecht nach  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann  
Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

**Blase/ Niere** Wann war Ihr Kind trocken?

War oder ist Ihr Kind ein Bettnässer?

Nieren- oder Blasenentzündung

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

**Trinken** Wie viel und was trinkt Ihr Kind pro Tag?

## **Allgemeines**

---

**Kälte/ Wärme** Friert Ihr Kind leicht, oder schwitzt es schnell? Schwitzt Ihr Kind viel, wann und an welchen Körperregionen?

**Haut/Nägel** trockene Haut, Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

## **Allergien auf**

**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

**Träume** Träumt Ihr Kind viel? Alpträume?

**Ängste** Ist Ihr Kind ängstlich? Hat es Angst vor der Dunkelheit, nachts, vor dem Alleinsein, vor Tieren, etc.

**Bestehen Probleme in der Schule?** Konzentrationsschwäche, Lernschwäche, schlechte Noten?

**Ernährung**     **Verlangen** nach Süßigkeiten, Sauer, Brot, Salzig, Fleisch, Fett, Eier, Obst, Milch, Eis  
**Abneigungen** gegen Süßigkeiten, Sauer, Fett, Salzig, Fleisch, Milch,

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis.

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?**

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte fassen Sie chronologisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen zusammen, die Ihr Kind seit der Geburt durchgemacht hat.

Sie kommen zur Behandlung als Patient/in in mein Therapiezentrum, das nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Sollten Sie die vereinbarten Behandlungstermine nicht einhalten können, so bitten wir Sie diese **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen!**

Sofern Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, muss ich für ihre vorgesehene und ungenutzte Behandlungszeit gemäß § 615 BGB pauschal 85 € in Rechnung stellen (Annahmeverzug).

### **Newsletter**

---

Ja, ich möchte kostenlos per E-Mail über neue gesundheitliche Themen und Informationsveranstaltungen informiert werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Selbstverständlich kann ich diesen Newsletter jederzeit wieder abbestellen.

Ort, Datum:

digitale

Unterschrift: