

Anamnese-Fragebogen für Kinder

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name der Eltern

PLZ und Wohnort

Straße

eMail-Adresse@.....Tel.

Körpergröße Gewicht

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

1. Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund Ihres Besuches?

.....
.....

Wo genau hat Ihr Kind Beschwerden?

.....
.....

Seit wann bestehen die Beschwerden?

.....
.....

Naturheilpraxis

Katrin Spratte

Gibt es konkrete auslösende Faktoren? Tageszeiten?

- durch Bewegung besser schlechter kein Einfluss
auftreten in Ruhe nachts tags Wärme Kälte
durch Wetteränderung ja nein
Zahnung ja nein
sonstiges

Wie äußern sich die Beschwerden? (z.B. Schmerzcharakter, -intensität)

.....
.....

Was lindert/verschlimmert die Beschwerden?

.....
.....

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

.....

- Gibt es Fremdbefunde? ja (bitte mitbringen) nein
Bildgebende Verfahren? ja (bitte mitbringen) nein
Ärztliches Labor/Blutbefunde? ja (bitte mitbringen) nein

An welchen weiteren Krankheiten leidet Ihr Kind und seit wann? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

.....
.....

Welche Beschwerden belasten Sie/Ihr Kind am meisten?

.....
.....

2. Medikamenteneinnahme

Nimmt oder nahm Ihr Kind Medikamente ein? In welcher Dosierung? Seit wann?

Medikament	Dosierung	Einnahmezeitraum
.....
.....
.....
.....

Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.

ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

Nimmt Ihr Kind Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?

.....
.....

Wann hat Ihr Kind zuletzt Antibiotika eingenommen?

.....

Weshalb?

3. Familie

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister Ihres Kindes)
Krebs, Diabetes mellitus, Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Asthma, Hautkrankheiten, Rheuma,
Gicht, Migräne, Allergien, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Tuberkulose,
Geschlechtskrankheiten, Andere:

.....
.....

4. Schwangerschaft/Geburt/Stillzeit

War die Schwangerschaft geplant/erwünscht? ja nein

Verlief die Schwangerschaft problemlos? ja nein / welche Probleme
traten auf?

Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

ja / welche nein

Wie haben Sie entbunden natürlich Kaiserschnitt Frühgeburt

Verlief die Entbindung komplikationslos? ja nein / welche Probleme traten auf?

.....

Naturheilpraxis

Katrin Spratte

Haben Sie Ihr Kind gestillt? ja nein

Wie lange haben Sie gestillt?

Ab welchem Alter haben Sie zugefüttert und was?

.....

Litt Ihr Kind unter 3Monatskoliken? ja nein

5. Soziales Umfeld

Besucht Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung/Tagesmutter? ja nein

Wie viele Stunden am Tag?

Gibt es Geschwister? ja / seit wann? nein

Gab es eine Trennung in der Familie? ja nein

Gab es einen Todesfall in der Familie? ja nein

Hat Ihr Kind Ängste/Sorgen? ja nein

Hat Ihr Kind Hobbies?

6. Allgemeine Lebensführung

Hat Ihr Kind in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? ja nein

Hat Ihr Kind in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen ja nein

Hat Ihr Kind Einschlaf-/Durchschlafstörungen? ja nein

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind täglich? (mittags) (nachts)

Ist Ihr Kind morgens erholt und fühlt sich frisch? ja nein

Wacht Ihr Kind nachts auf? Wie oft? Um welche Uhrzeit?

.....

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

7. Allergien

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? ja nein

Welche?

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen (z. B.

Fisch, Eier, Weizen, Nüsse, Kuhmilch, Gluten, Glutamat)? ja nein

Sonstige Allergien (Hausstaub, Blütenpollen, Tierhaare, Nickel....)?

.....

.....

8. Ernährung/Verdauung

Wie viel und was trinkt Ihr Kind? Bitte genau!

- Wasserml/Tag
- Tee (welche Sorte?)ml/Tag
- Säfte/Limonadenml/Tag
- Milchml/Tag
-

Ist Ihr Kind Vegetarier? ja nein

Wie ernährt Ihr Kind sich vorwiegend? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Milchprodukte	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Eier	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Fleisch/Wurst	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Nüsse	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Kuchen	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Obst	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Gemüse	<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

Ist Ihr Kind nach dem Essen müde? ja nein

Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel kann Ihr Kind nur schwer verzichten?

.....

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? x täglichx wöchentlich

Neigung zu Durchfall Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt breiig wässrig wechselt verstopft knollig schleimig

hell dunkel übel riechend

kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Hat Ihr Kind häufig Blähungen? ja nein

Sonstige Auffälligkeiten

Naturheilpraxis

Katrin Spratte

9. Sonstiges

Wurde Ihr Kind geimpft? ja nein

Was wurde geimpft?

Traten Impfkomplicationen auf? ja / Welche nein

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bis heute durchgemacht?

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

Und zu guter Letzt: Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?

.....
.....
.....