

Anamnesebogen

Liebe Eltern,

um Ihr Kind bestmöglich behandeln zu können, ist es notwendig, sich einen Überblick über die Gesundheit und die Lebensumstände Ihres Kindes zu machen. Deshalb möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst detailliert auszufüllen und gern vor dem Termin per E-Mail oder postalisch an die oben stehende Adresse zu schicken. Andernfalls bringen Sie den Anamnesebogen bitte zur Untersuchung mit.

Ihre Naturheilpraxis Nicole Sänger

Bitte bringen Sie folgende Dinge zur Untersuchung mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (nicht älter als 12 Monate)
- Impfpass
- Gelbes Untersuchungsheft
- Beipackzettel der Medikamente, die Ihr Kind zur Zeit einnimmt

A: Allgemeine Angaben

Vorname _____ Nachname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Geburtszeit _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email _____

Name der Versicherung _____

Kind ist versichert über (Elternteil) _____

B: Beschreibung der gesundheitlichen Situation

(Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde(n), wegen der Sie die Praxis aufsuchen)

Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Gffs. Wo hat es die Beschwerden (Körperpartie, spezieller Punkt etc.)?

In/Zu welchen Situationen / Tageszeiten treten die Beschwerden auf?

Welche Therapien – naturheilkundlich oder schulmedizinisch - wurden zu den aktuellen Beschwerden bereits durchgeführt?

Hatte Ihr Kind bereits eine der folgenden Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> _____ |

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wenn ja, wann und warum?

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Milben | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Lidocain |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Metalle |

Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

Welche Erkrankungen traten bereits in Ihrer Familie auf?

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |

Sonstige _____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang und wie ist die Beschaffenheit?

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen?

Verlief die Entwicklung normal (Krabbeln, laufen, sprechen etc.)?

In welchem Alter war Ihr Kind trocken?

Wie schläft Ihr Kind? Bitte notieren Sie die Schlafzeiten.

Leidet Ihr Kind unter einem der folgenden Schlafprobleme? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Einschlaf- und Durchschlafprobleme |

Sonstige _____

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?

Hatte Ihr Kind irgendwelche Impfreaktionen (Krämpfe, Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe)?

Was isst Ihr Kind am liebsten?

Gegen welche Nahrungsmittel hat Ihr Kind eine Abneigung?

Kann sich Ihr Kind gut konzentrieren?

schlecht weniger gut sehr gut

Wie verhält sich Ihr Kind im Klassenverband bzw. welche Rolle nimmt es ein?

Hat Ihr Kind viele Freunde?

ja nein

Ist Ihr Kind ein Opfer von "Mobbing"?

ja nein

Macht Ihr Kind regelmäßig Sport?

ja nein

Wenn ja, welchen?

C: Weitere Angaben

Wie verlief die Geburt? (Normal- oder Frühgeburt, in welcher SSW?)

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? Welches Geburtsgewicht hatte Ihr Kind und welche Größe?

Haben Sie Ihr Kind gestillt, wenn ja wie lange?

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen, wenn ja welche, in welcher Dosis und wie lange?

Möchten Sie noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Mühe!