

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Deshalb bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender die Informationen über Ihr Kind sind, umso besser und individueller kann ich es behandeln.

Name des Kindes _____ Name der Eltern _____

Anschrift _____

Geburtsdatum des Kindes _____ Telefon _____

Email der Eltern _____

1. Warum kommen Sie mit Ihrem Kind zu mir? Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Wie verliefen die Schwangerschaft und die Geburt Ihres Kindes? Wurde das Kind normal geboren oder mit Kaiserschnitt? Wie verliefen die ersten Wochen und Monate mit dem Neugeborenen? _____

4. Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind und in welchem Alter? _____

5. Gegen was und wann wurde Ihr Kind geimpft? _____

6. Hatte Ihr Kind schon Operationen oder Klinikaufenthalte?

- Blinddarm Wann? _____
- Mandeln Wann? _____
- Polypen Wann? _____
- Sonstiges Welche und Wann? _____

7. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
- Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure
- Pollen Milben (z.B. Aspirin)
- Metalle
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
- Sonstige Allergien: _____

8. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen und angeben wer aus der Familie:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck_____ | <input type="checkbox"/> Diabetes_____ | <input type="checkbox"/> Asthma_____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt_____ | <input type="checkbox"/> Krebs_____ | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten_____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung_____ | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung_____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige_____ | | |

9. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

10. Weitere Angaben zum Kind:

Größe ____ cm Körpergewicht ____ kg

Treibt Ihr Kind Sport bzw. bewegt es sich genug und altersentsprechend? _____

Welche Menge trinkt ihr Kind pro Tag und was? _____

Hat Ihr Kind besondere Belastungen? _____

Wie schläft das Kind? Einschlafen? Durchschlafen? Wie viele Stunden pro Tag? _____

Leidet oder litt Ihr Kind unter Milchschorf oder Neurodermitis? _____

11. Hat Ihr Kind irgendwelche Vorerkrankungen bzw. Erkrankungen die immer wieder auftreten? _____

12. Sind die Zähne Ihres Kindes in Ordnung und wann kam der erste Zahn? _____

13. Wie ist die Verdauung Ihres Kindes? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Soor | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Stuhlgang ____x täglich | |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle ____ Tage | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

Nahrungsmittel, die Ihr Kind schlecht verträgt:

16. Was haben Sie bisher schon probiert um Ihrem Kind zu helfen?

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass meine Behandlungen nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Auch bei privaten Krankenkassen, Beihilfe und Zusatzversicherungen kann es sein, dass nicht der Gesamtbetrag erstattet wird. Die Differenz wird vom Patienten getragen.

Datum, Unterschrift eines Elternteils
