Anamnesebogen Kinder

(0-16 Jahre)

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich für diesen Fragebogen etwas Zeit. Gemeinsam mit unserem Anamnesegespräch, bildet er die Grundlage für meine homöopathische Behandlung Ihres Kindes.

Falls der Platz zur Beantwortung der gestellten Fragen nicht ausreichen sollte, können Sie gerne die Rückseite des Blattes nutzen.

Manches mag Ihnen unwichtig erscheinen, es ist aber für meine Arbeit notwendig.

Bitte bringen Sie zu unserem Termin folgende Unterlagen mit:

* Eine Kopie aller ärztlichen Befunde (Blutbild, Stuhlprobe, Arztberichte…) die Sie bisher erhalten haben
* Impfpass/ U-Untersuchungsheft (gelb)
* diesen Anamnesebogen/ Patientenaktenunterlagen
* eine Auflistung der vielleicht einzunehmenden Medikamente, bei Stillkindern auch die Medikamente der Mutter

Welche aktuellen oder chronischen Beschwerden führen Sie zu mir in die Praxis? Wie äußern sich diese? An welcher Stelle befinden diese sich? Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden, treten diese zu einer bestimmten Zeit auf, wodurch werden diese schlechter oder besser, usw.…? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es einen besonderen Auslöser, bevor die Beschwerden begonnen haben? (Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Trennung, Schulwechsel, Sorgen, Unfall, Impfung, Umzug…)

Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel, Pro-oder Präbiotika ein, wenn ja welche?

Hat Ihr Kind schon einmal Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

Gab oder gibt es in Ihrer Familie Krankheiten, die öfter wiederkehren, z.B: Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankungen, Herzerkrankungen, Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Allergien, Hauterkrankungen, Geschlechtskrankheiten…

Schwangerschaft und Geburt:

Welche Untersuchungen gab es in der Schwangerschaft (Ultraschall, Gewebeentnahme…)

-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, welche Gelüste, vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsvergiftung, PUPP…)

Gab es Medikamente in der Schwangerschaft oder während der Geburt?

Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Schock, Fehl-, Früh-, oder Totgeburten?

Nikotin, Alkohol, Drogen in der Schwangerschaft?

Wie war die Lage des Kindes im Bauch, war die Entbindung termingerecht, kam Saugglocke oder Zange zum Einsatz, war es ein Kaiserschnitt, wie war die Dauer und die Empfindung der Geburt?

Das Neugeborene:

Sauerstoffmangel unter der Geburt, APGAR-Werte, Auffälligkeiten (Gelbsucht, Storchenbiss, Sichelfuss, Ziegelmehl…)

Stillzeit:

Wurde gestillt, wenn ja wie lange, gab es Probleme (wunde Brustwarzen, fehlender Milcheinschuss, Saugverwirrung…)

Impfungen:

Welche gab es bereits, gab es Impfreaktionen (Fieber, Unruhe, Schlaflosigkeit, unstillbares Schreien, Veränderungen…)

Entwicklung:

Auffälligkeiten z.B. Milchschorf, Ekzeme, Hautreizungen, Schreikind, Koliken, Stuhlprobleme…)

Wann kam der erste Zahn, Zahnungsbeschwerden, Infektanfälligkeit während der Zahnung?

Wann konnte ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, hat es Phasen ausgelassen?

Stottert oder lispelt ihr Kind, machen Sie sich Gedanken wegen seiner sprachlichen Entwicklung?

Gibt es Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung (Angst vor Topf oder Toilette, Verweigerung…)

Gab es durchgemachte Kinderkrankheiten?

Allgemeines:

Sie können hier Zutreffendes einfach unterstreichen oder ergänzen

* Rechts/Linkshänder (soweit schon beurteilbar)?
* Gab es Unfälle oder Krankenhausaufenthalte/Operationen?
* Ist Ihnen an Ihrem Kind schon einmal ein besonderer Geruch aufgefallen, mit oder ohne Absonderungen: fischig, muffig, süßlich, sauer, übelriechend, scharf)?
* Hat ihr Kind Probleme mit enger Kleidung an: Kopf, Bauch, Hals?
* Verträgt es Reisen (Auto, Bahn, Flugzeug, Schiff) gut oder schlecht?
* Hat das Kind beim Stillen/dem Fläschchen langsam oder zügig gesaugt?
* Hatte es nach dem Stillen/dem Fläschchen schnell wieder Hunger oder war es eher schläfrig?
* Ist es beim Stillen/dem Fläschchen eher eingeschlafen oder unruhig geworden?

Fieber:

Reagiert ihr Kind schnell mit Fieber, gab es schon einmal einen Fieberkrampf?

Bei Fieber, bitte unterstreichen:

* Kalte Hände, warme Füße oder umgekehrt
* Heißer Bauch bei Fieber
* Kalte Nase bei Fieber
* Eine Wange rot, die andere blass
* Heiße Ohren bei Fieber
* Hitze speziell am Hals

Badet ihr Kind gern?

Verhalten des Kindes:

* Spielt mit den Fingern
* Jammert oft und sucht die Nähe der Eltern
* Stampft mit dem Fuß, wenn es seinen Willen nicht bekommt
* Zieht andere an den Haaren oder beißt
* Sieht sich gern im Spiegel an
* Ist lieber alleine oder in Gesellschaft
* Spielt andern gerne Streiche

Schlaf:

In welcher Position schläft das Kind (auf dem Bauch, zusammengerollt, Arme über dem Kopf, Knie-Ellenbogen-Lage, schreit/lacht/weint im Schlaf, ist unruhig, wacht oft auf, knirscht mit den Zähnen, schnarcht, hat Alpträume, Schlaflosigkeit, …

Ist das Kind schreckhaft (bei Geräuschen, bei fließendem Wasser, bei Hunden, allgemein)

Von Kopf zu Fuß:

Kopf:

Leidet ihr Kind unter Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Tinnitus, wenn ja wie oft und wodurch wird dies ausgelöst, was lindert und was verschlechtert?

Augen:

Rötung, Juckreiz, brennen, Tränen eher mild oder reizen diese die Augen, öfter Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Fehlsichtigkeit, Strabismus

Nase:

Trockenheit, Niesreiz, Fließschnupfen, Stockschnupfen, entzündete Nasenlöcher, Heuschnupfen, Polypen, macht Schnupfen wund?

Ohren:

Ohrenschmerzen, Mittelohrentzündung, Ohrgeräusche, Ohren fallen oft zu, Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, übermäßig Ohrenschmalz, Allergien auf Schmuck

Mund:

Geschmacksempfinden, trockener Mund, schmerzende Zunge, schmerzender Gaumen, Aphten, Herpes, Risse in der Zunge, Zahnabdrücke an der Zunge, Risse in den Mundwinkeln, Soor

Zähne:

Amalgamfüllungen, Karies, Weisheitszahnop

Hals/Kehlkopf:

Häufige Halsschmerzen (welche Seite) Heiserkeit, Pseudokrupp, Kehlkopfentzündung

Lunge:

Bronchitis, Asthma, Krupp, Auswurf

Bewegungsapparat:

Knochenschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen allgemein, Wirbelsäulenveränderungen, Brüche, Stolperneigung, Umknicken der Gelenke, Hypermobilität, Hüftdysplasie, Senk/Spreiz/Knickfuß

Magen-Darm:

Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Bauchschmerzen, Koliken, Stuhlveränderungen (bitte beschreiben), Würmer, Juckreiz, Windeldermatitis

Urogenitaltrakt:

Brennen beim Wasserlassen, Farbe des Urins, Häufigkeit, Schmerzen, Nierenentzündungen, häufige Infekte, Geruch des Urins

Genitalien:

Vorhautverengung, verklebte Schamlippen, Beschneidung, Ausfluss, Hodenhochstand, Menstruationsbeschwerden

Haut:

Ekzeme, fettig, trocken, rau, juckend, Bläschen, Akne, Herpes, Warzen, Neurodermitis, Psoriasis, Narben, Muttermale, schnell Hämatome, Wundheilungsstörungen…

Haare:

Fettig, schuppend, juckende Kopfhaut, Haarausfall, Milchschorf, anfällig für Läuse

Nägel:

Flecken, Rillen, spröde, Pilz, eingewachsene Nägel, schnelle Eiterung, Nägelkauen

Essen und Trinken

Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Heißhunger, Appetit, Essstörung, Lieblingsessen, Abneigung gegen Lebensmittel, viel Durst, wenig Durst, lieber kalt lieber heiß, lieber süß, lieber salzig…

Stimmung und Charakter:

Fröhlich, traurig, ausgeglichen, zornig, wütend, depressiv, weinerlich, mutig, zurückgezogen, Wirbelwind, der „Chef“, nervös, einsam, glücklich, schüchtern, offen….

Ängste:

Insekten, Geister, Räuber, Hunde, Spinnen, Schlangen, Katzen, Menschen…

Falls es wiederkehrende Träume gibt, notieren Sie diese bitte.

 Planen Sie für unseren Ersttermin bitte 90 Minuten ein. Manche Eltern möchten das lieber ohne das Beisein Ihres Kindes, wichtig ist lediglich, dass ich Gelegenheit habe mir einen persönlichen Eindruck von Ihrem Nachwuchs zu machen, damit eine gründliche Diagnose, eine Untersuchung und eine Behandlung erfolgen kann. Meine Praxis ist auf Kinder und Jugendliche ausgelegt, so dass Sie jederzeit stressfrei Ihre Lieben dabeihaben können.

Bitte nehmen Sie sich für diesen Bogen ausreichend Zeit, da er eine wichtige Unterstützung für unsere Therapie ist.