

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Bitte bringen Sie zu unserem ersten Termin folgende Dinge mit:

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Geburtsort _____

Straße _____ Geburtszeit _____

PLZ/ Ort _____

Geschwister _____

Tel. privat _____ Tel. geschäftl. _____

Email _____

Versicherung _____

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Sind die Beschwerden regelmäßig, treten sie zu einer bestimmten Uhrzeit auf?

Gibt es Umstände, unter denen die Beschwerden besser oder schlechter werden? z.B.

Uhrzeit, Wärme, Kälte, frische Luft, etc.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?
(Bitte Beipackzettel mitbringen)

Hat Ihr Kind bereits Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Tumorerkrankungen, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____

Schwangerschaft und Geburt:

Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen, usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglücke, Zange, Kaiserschnitt, usw.

Neugeborenenperiode

Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die

Mutter), Speikind, Blähungen, usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind wann bekommen? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie _____ | <input type="checkbox"/> Polio _____ |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ | <input type="checkbox"/> HIB _____ | <input type="checkbox"/> Masern _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps _____ | <input type="checkbox"/> Röteln _____ | <input type="checkbox"/> Rota Viren _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Pocken _____ |

Sonstige (Grippe, FSME, Reise, TBC, HPV, Meningokokken) :

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?

Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis,
Hautveränderungen, Magen-Darm Beschwerden, Schreianfälle,
Verhaltensauffälligkeiten, usw.

Entwicklung im ersten Lebensjahr:

- Zahnungsbeschwerden 3-Monatskoliken

Wann konnte Ihr Kind den Kopf heben _____

Wann konnte Ihr Kind sitzen _____

Wann konnte Ihr Kind krabbeln _____

Wann konnte Ihr Kind laufen _____

Wann hat es durchgeschlafen _____

Sonstiges _____

Sprachentwicklung:

Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:

Sauberkeitsentwicklung:

Tags, nachts, usw. _____

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Bitte schreiben Sie das Alter dahinter.

- Masern _____ Röteln _____ Windpocken _____ Mumps _____
 Scharlach _____ Pfeiffersches Drüsenfieber _____
Andere _____
-

Welche Medikamente hat es bekommen?

Allgemeines: Bitte entsprechendes unterstreichen oder gegebenenfalls ergänzen.

Rechts- / Linkshänder

Friert Ihr Kind leicht? Ist es ein ausgesprochen warmes / schwitziges Kind?

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?

Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf?

Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.

Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe vertragen usw.

Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen / Mundwinkeln, Farbe / Belag der Zunge, Soor, usw.

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

Hals / Kehlkopf: Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrupp, usw.

Lunge: Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma, usw.

Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung, usw.

Magen-Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis, usw.

Stuhlgang:

Täglich, jeden _____ Tag. Farbe _____ Konsistenz _____

Geruch _____

Sonstiges _____

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch, usw.

Genitalien: bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose; bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden, usw.

Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung, usw.

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß, usw.

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen, usw.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit, usw.

Appetit: Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen, usw.

Nahrungsmittelverlangen/Lieblingessen:

Nahrungsmittelabneigung:

Durst: Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag _____

Was trinkt Ihr Kind gerne?

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch, usw.

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern, usw.

Wovor hat Ihr Kind Angst? Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen, usw.

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?

Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/telefonieren?

Vielen Dank.

Ihre Maja Dehmel, Heilpraktikerin