

Anamnesebogen für Kinder

KIND

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Geschwisterzahl: _____

Kinderarzt: _____

Name, Anschrift, Tel.

Mutter / Vater / Erziehungsberechtigter

1.

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

2.

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Beschwerden / Erkrankungen

Was sind die momentanen Beschwerden des Kindes? Warum kommen Sie zu mir? Ordnen Sie die Beschwerden nach Priorität.

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

5. _____ seit: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal mit Antibiotika behandelt? Wenn ja, wann?

Leidet Ihr Kind an wiederkehrenden Erkrankungen, z. B. Erkältungen u. ä.?

Welche Erkrankungen sind in der Familie des Kindes (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister) bekannt?

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Krebs |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Schuppenflechte | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Gicht |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankg. | <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Suizid |

Andere Krankheiten:

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten? Bingen Sie den Impfausweis mit.

- | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Pocken | <input type="radio"/> Tbc |
| <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> Tetanus | <input type="radio"/> Hib |
| <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> Kinderlähmung (Polio) | <input type="radio"/> Meningokokken | <input type="radio"/> Grippe |
| <input type="radio"/> Pneumokokken | <input type="radio"/> Varizellen | <input type="radio"/> HPV | <input type="radio"/> FSME |
| <input type="radio"/> Cholera | <input type="radio"/> Dengue | <input type="radio"/> Gelbfieber | <input type="radio"/> Tollwut |

Andere Impfungen:

Hat der Körper auf die Impfung reagiert (Fieber, Krämpfe, Unruhe, schlaflos o.ä.)?

Empfindungen / Emotionen

- | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| temperaturempfindlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| berührungsempfindlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Probleme in engen Räumen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Konzentrationsprobleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| leicht müde und erschöpft | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| leicht reizbar | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Angstprobleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Schuldgefühle | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Grübeln | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Schwitzt leicht? | <input type="radio"/> kalter | <input type="radio"/> warmer Schweiß | | | |
| Nachtschweiß | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| kalte Hände und/oder Füße? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| leicht fröstelnd | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Belastbarkeit | <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> 30% | <input type="radio"/> 50% | <input type="radio"/> 80% | <input type="radio"/> 100% |
| i.d.R. glücklich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |

Ernährung

Welche Getränke nimmt Ihr Kind täglich zu sich und wie viel davon? Geordnet nach Priorität.

- | | |
|----|-----------------|
| 1. | Menge in Liter: |
| 2. | Menge in Liter: |
| 3. | Menge in Liter: |
| 4. | Menge in Liter: |
| 5. | Menge in Liter: |

Summe tgl.	
------------	--

Welche Nahrungsmittel isst Ihr Kind täglich?

- | | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Welche der folgenden Nahrungsmittel isst Ihr Kind?

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|------------------------------|
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Zucker/Süßigkeiten | <input type="radio"/> Zuckerersatzstoffe | <input type="radio"/> Nudeln |
| <input type="radio"/> Mehlprodukte | <input type="radio"/> Kuchen | <input type="radio"/> Nüsse | <input type="radio"/> Pizza |

Wie oft isst Ihr Kind Fleisch, welches Fleisch und in welchen Mengen?

Wie oft isst Ihr Kind Wurst, welche Wurst und in welchen Mengen?

Hat Ihr Kind Vorlieben für oder Abneigungen gegen bestimmte Geschmacksrichtungen?

(süß, sauer, scharf, bitter, salzig)

Was isst oder trinkt Ihr Kind besonders gern?

Auf welches Essen und/oder Trinken kann Ihr Kind nur sehr schwer verzichten?

Lebt Ihr Kind nach bestimmten Ernährungsregeln/-richtlinien? Wenn ja, welche?

Können Sie sich vorstellen, mit meiner Hilfe, die Ernährungsgewohnheiten umzustellen?

- ja nein

Wohnen

Wurden folgende Plätze auf geopathische und Elektrosmog - Belastungen untersucht?

- | | | |
|--------------|--------------------------|----------------------------|
| Schlafplatz: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Arbeitsplatz | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wohnungsbeschaffenheit

- Funkmasten in d. Nähe
- Überlandleitung i. d. Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Bäche, Flüsse i. d. Nähe
- Bahnstrom i. d. Nähe
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Antiquitäten
- Holzschutzmittel

Schlafqualität

- schlaflos
- Zähneknirschen
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- unruhiger Schlaf
- lebhaftere Träume
- Nachtschweiß
- Sprechen im Schlaf
- unruhige Beine
- heiße Füße
- häufiges Erwachen, um wie viel Uhr _____
- häufiges Wasserlassen, wie oft _____

Wie der Schlafplatz des Kindes eingerichtet?

- Handy/Internet
- Wasserbett
- elektr. Geräte im Standby

Welches ist die bevorzugte Schlafposition?

- Bauch
- Rücken
- links
- rechts
- sitzend
- zusammengerollt

Wann geht Ihr Kind i.d.R. zu Bett?

Uhr

Wann steht Ihr Kind i.d.R. auf?

Uhr

Kopf

Hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- häufig
- selten
- nie

Wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert?

- Stirn, Augen, Schläfen
- halbseitig links
- wandernd von rechts nach links
- Hinterhauptregion
- halbseitig rechts
- wandernd von links nach rechts

Wann treten die Kopfschmerzen auf?

- nachts
- morgens
- tagsüber
- abends

Auslöser

was verbessert

was verschlechtert

Haare

- Haarausfall allg.
- kreisrund Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall
- seit wann _____

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille seit _____
- Sonstiges _____

Ohren

- Schmerz links
- Schmerz rechts
- Schmerz beidseitig
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündung

Zähne/Kiefer

- häufige Zahnarztbesuche
- Wurzelbehandelte Zähne
- Empfindlich: heiß kalt
- tote Zähne
- Beschwerden bei der Zahnung
- Beschwerden Weisheitszähne

Zahlfüllmaterial besteht aus:

- Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium
- anderes

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wenn ja, wann?

Nase

- OP Heuschnupfen behinderte Nasenatmung verstopfte Nase
 häufige Nasennebenhöhlenentzündung Allergie auf: _____
 Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln

- OP häufige Entzündung
 Wenn OP, wann _____

- Schilddrüse** Überfunktion Unterfunktion vergrößert OP

Brust/Bauch & Organe

- Brustdrüsen** Beschwerden OP Wenn ja, wann war OP? _____

- Herz** Beschwerden Stechen Druckgefühl Infarkt
 Beklemmung Herzrhythmusstörung OP

- Lunge** häufige Bronchitis Asthma häufiges Husten Atemnot
 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) OP

- Leber** Entzündungen Druck im Oberbauch OP
 Hepatitisvirus ----->>>>> A B C D E

- Galle** Steine Koliken Druck im Oberbauch OP
 Fettunverträglichkeit

- Magen & Speiseröhre** Völlegefühl Gastritis Nahrungsmittelallergie
 Appetitlos
 Sodbrennen

- Niere/Blase** Nierensteine Entzündungen Niere Entzündungen Blase
 Sonstige Harnwegserkrankungen, wenn ja welche:

- Harn** sehr viel sehr wenig häufig und viel häufig aber wenig
 kann nicht halten
 Sonstige Auffälligkeiten (Urinfarbe o.ä.) _____

- Darm** Infektionen Entzündungen Hämorrhoiden
 Colitis ulcerosa Morbus Crohn Blähungen
 Blinddarm OP
 Hat Ihr Kind die Diagnose Reizdarm erhalten? ja nein
 Wann? _____ Von wem? _____

- Stuhlgang** täglich mehrmals Täglich jeden 2. Tag weniger
 häufig Verstopfung häufig Durchfall kann Stuhl nicht halten

- Konsistenz** dunkel hell hart knollig schmierig pastenartig
 weich Gefühl nicht fertig zu werden

Rücken / Arme / Beine

Rücken Rheuma Hexenschuss Ischias Skoliose
 Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____
 Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____
 OP, wenn ja, welche _____

Arme/Hände Kribbeln kalte Hände Tennisellenbogen/Golferellenbogen
 Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____
 Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____
 OP, wenn ja, welche _____

Beine/Füße heiße Füße kalte Füße Taubheit Kribbeln Krampfadern
 Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____
 Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____
 OP, wenn ja, welche _____

Haut Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____
 Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____
 OP, wenn ja, wo/welche _____
 Verbrennungen, wenn ja wo und Grad: _____
 Warzen, wenn ja wo und Anzahl: _____
 Geschwür, wenn ja, wo _____
 Narben, wenn ja, wo _____
 Pilzbefall, wenn ja wo: _____
 Juckreiz, wenn ja wo: _____
 Allergie, wenn ja worauf: _____
 Nagelbettentzündung _____

Schmerzanamnese allgemein

Wo treten Schmerzen auf und in welcher Stärke?

Skala von 1 bis 10 markieren

1 schwach.....mittel 5.....stark 10

Wo? _____ 

Seit _____ Wie oft _____

Schmerzcharakter: ziehend brennend stechend klopfend
 bohrend dumpf reizend krampfend

Wo? _____ 

Seit _____ Wie oft _____

Schmerzcharakter: ziehend brennend stechend klopfend
 bohrend dumpf reizend krampfend

Wo? _____ 

Seit _____ Wie oft _____

Schmerzcharakter: ziehend brennend stechend klopfend
 bohrend dumpf reizend krampfend

Welche Ereignisse verschlimmern?

- Stehen Sitzen Gehen Körperl. Belastung Stress Kälte
- Wärme Nahrungsmittel Wetter Tageszeit: _____
- Monatsblutung Weiteres _____

Was verbessert?

- Ruhe Schmerzmittel Sport Kälte
- Weiteres _____ Wärme

Nennen Sie weitere Symptome des Schmerzes?

- Hauterscheinungen Empfindlichkeit Schwindel Schweiß Mattigkeit
- Bewegungseinschränkung Sehbehinderung Hörbehinderung Schwäche

Was waren die bisherigen Therapien und welcher Erfolg stellte sich dadurch ein?

Therapie: _____ **Erfolg:** _____

Therapie: _____ **Erfolg:** _____

Therapie: _____ **Erfolg:** _____

Über Nebenwirkungen bzw. eventuelle Risiken der durchzuführenden Maßnahmen werde/ wurde ich ausführlich aufgeklärt. Ich erkläre mich mit den Behandlungen einverstanden. Alle Unklarheiten werden im persönlichen Gespräch geklärt. Einwände werden schriftlich festgehalten: _____

Sollten Sie die durch Ärzte bereits vorgeschlagenen Operationen oder andere Behandlungen für Ihr Kind (z. B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie u. a.) ablehnen oder aufschieben, so geschieht dies ausschließlich in Ihrer eigenen Verantwortung für das Kind!

Bitte unterzeichnen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme der aufgeführten Erklärungen und Ihr Einverständnis zu den gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten bzw. die Daten Ihres Kindes werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Ort / Datum

Unterschrift