

NATURHEILPRAXIS



SUSANNE HÖHNE

Datum: _____

Anamnese – Fragebogen für Kinder

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ / Ort _____ E-Mail _____

Versicherung Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung Privatversicherung

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Schreck, Operation, Hautausschläge,
Medikamenteneinnahmen, Zahnung, Wachstumsschub, Impfung, usw.

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Lebensveränderungen, starke Erschöpfung, starker Eisenmangel

Wie war die Geburt?

Dauer, Komplikationen, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Spätgeburt

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Angabe in Monaten

Hat die Mutter während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit Medikamente eingenommen?

Eisen, Jod, Antibiotika, Folsäure, Vitamine, etc.

Hat Ihr Kind nach der Geburt Medikamente eingenommen? Wie lange?

Fluortbl., Vit- D, Antibiotika, Cortison (auch Cortisonsalben), Mineralien, Vitamine

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus Influenza (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bis heute durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeifer'sches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

Häufig, selten, regelmäßig auftretend, Stirn – Augen – Schläfen – Hinterhauptregion, morgens, abends oder nachts, halbseitig – links – rechts – beidseitig? Unter welchen Umständen?

Augen	Bindehautentzündungen, kurzsichtig, weitsichtig, sonstige Beschwerden
Ohren	links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Operation mit Röhrrchen, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Gleichgewichtsstörungen
Nase	chronischer Schnupfen oder Heuschnupfen, behinderte Nasenatmung, Polypen Nase häufig verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen. Allergien auf _____

Zähne/Kiefer bitte Zutreffendes ankreuzen
Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein
Häufige Zahnarztbesuche Ja Nein
Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Ja Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt Ja Nein

Zahnfüllungen Hat Ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material _____

Hatte die Mutter während der Schwangerschaft Amalgamfüllungen?

Magen Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Unverträglichkeit von Fett, Eiweißen, Milch, Zucker, sonstigen Nahrungsmittelallergien _____

Darm Schmerzen, Blinddarmoperation, häufig Blähungen – Geruch _____

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselnd
usw.

Blase/Niere Wann war Ihr Kind trocken?

War oder ist Ihr Kind ein Bettnässer?

Nieren – oder Blasenentzündung

Harn viel, wenig häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____

Trinken Wie viel und was trinkt Ihr Kind pro Tag _____

Allgemeines

Kälte/Wärme Friert Ihr Kind leicht, oder schwitzt es schnell? Schwitzt Ihr Kind viel, wann und an welchen Körperregionen?

Haut/Nägel trockene Haut, Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen.

Allergien auf _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlaflage Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt

Träume Träumt Ihr Kind viel? Alpträume?

Ängste Ist Ihr Kind ängstlich? Hat es Angst vor der Dunkelheit, nachts, vor dem Alleinsein, vor Tieren, etc.

Ernährung **Verlangen** nach Süßigkeiten, Sauer, Brot, Salzig, Fleisch, Fett, Eier, Obst, Milch, Eis

Abneigung gegen Süßigkeiten, Sauer, Fett, Salzig, Fleisch, Milch

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wenn ja, welche _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte fassen Sie chronologisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen zusammen, die Ihr Kind seit der Geburt durchgemacht hat.