

Anamnese – Fragebogen Kinder bis 12 Jahre



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

**Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Wie lautet die schulmedizinische Diagnose?
(Bitte Arztberichte mitbringen)**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

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

Geburt

Waren Sie eine Normalgeburt / Frühgeburt / Kaiserschnitt / Saugglocke / Wehentropf

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen, wurden Medikamente eingenommen z.B. Antibiotika

Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja wie lange? _____

Hatte Ihr Kind nach der Geburt Gelbsucht? _____

War mit der Atmung alles in Ordnung? _____

Impfungen und Allergien

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? (Bitte Impfausweis mitbringen)

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Salmonellose., Pfeiffersches Drüsenfieber, Borreliose, Herpes, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Kortison oder Antibiotika behandelt

Falls ja, welche? _____

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel _____

Pollen / wann _____

Welche _____

Gab es eine schulmedizinische Hypo- / Desensibilisierung

Kopf

Leiden Ihr Kind unter Kopfschmerzen? Falls ja, Wie häufig? _____ häufig, selten,
Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens,
abends halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig usw.

Ohren Mittelohrentzündung, Paukenröhrchen, etc.

Zähne / Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche? _____

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Polypen (OP Wann?)

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Lunge	Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündung
Magen	Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien
Darm	Infektionen, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch
Stuhlgang	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____ Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.
Niere / Blase	Entzündungen, - häufig, stechen im Rücken – rechts / links, Reizblase, Bettnässer
Harn:	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____

Rücken -Arme - Beine – Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen HWS / BWS/ LWS.
Haut / Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Hautallergien,
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? <input type="radio"/> Ja - bitte unbedingt zeigen - auch kleine Narben <input type="radio"/> Nein

Unterleib – Gynäkologie

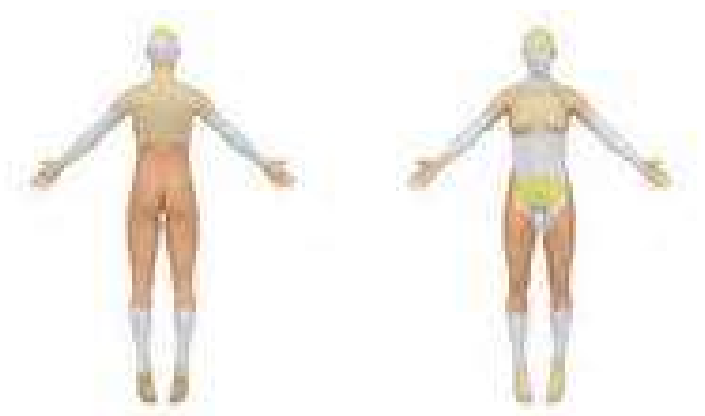
Bestehen Beschwerden?

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen.

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Beschreiben Sie den Schmerz _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Allgemeines

Körpergewicht _____ Körpergröße _____

Blutgruppe _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Verlangen nach: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigung gegen: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch

Wie viel Liter und was trinkt Ihr Kind pro Tag? _____

Nimmt Ihr Kind Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treibt Ihr Kind Sport? Welchen. seit wann? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____, Schwierigkeiten beim Einschlafen. Sprechen im Schlaf, Unruhe, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen: _____

Entwicklung Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind krabbeln? _____ laufen _____ war es trocken _____

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

Träume schrecklich, schön, gegen morgen, realitätsnah, keine Traumerinnerung

Haustiere Haben oder hatten Sie Haustiere

Häuslicher Bereich Welche elektrische Geräte befinden sich im Schlafbereich z.B Babyfon, Handy ect.

Gab es eine Wohnungsrenovierung, Neubau,

Benutzen Sie ein Mikrowellengerät

Auslandsreisen Gab es Reisen in ferne Länder

Schadstoffe Haben oder hatten Sie Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Blutwerte Was wissen sie über Ihre Blutwerte?
Bitte Laborberichte/ -werte mitbringen

Bisherige Therapien Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewendet? Auch biologische

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit ein?

Bitte Medikamentenliste, Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat.
(Bitte Rückseite benutzen)