



natürlich in Balance

Naturheilpraxis
Sabine Jung

Der Anamnese Fragebogen - Kinder

Liebe Eltern,

durch meine vielseitigen Therapiemöglichkeiten bin ich bestrebt, Ihrem Kind in allen Belangen, natürlich auch unter dem Aspekt der ganzheitlichen Betrachtung, zu helfen und es zu unterstützen.

Darum bitte ich Sie, mir diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen auszufüllen und per Email oder Post **VOR** Ihrem Besuch in meiner Praxis zurückzusenden, damit ich mir schon im Vorfeld ein Gesamtbild machen kann.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, so lassen Sie diese bitte einfach aus. Wir werden sie dann gemeinsam besprechen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin eventuelle Atteste, Befunde, Impfpass etc mit oder legen Sie diese als Kopie dem Anamnesebogen bei.

Vielen Dank schon heute für Ihre Zusammenarbeit!

Ich freue mich darauf, Sie und Ihr Kind bald bei mir in der Praxis kennen zu lernen.

Sabine Jung

WICHTIG

Diese Datenerhebungen sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht!



Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Geburtsort _____
Körpergröße _____ Gewicht _____

Eltern:

Mutter Vorname _____ Name _____
Vater Vorname _____ Name _____

Straße _____ Tel. priv. _____
PLZ-Ort _____ Tel. Beruf _____

Verheiratet – geschieden (seit _____) - Patchworkfamilie

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
- Beihilfe/Post
- Privat-Versicherung
- Privat-Zusatzversicherung

Kinderarzt _____

Ihr Kind geht in:

- Kita
- Kindergarten
- Grundschule, Klasse _____
- Gymn/RS/HS Klasse _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen - ansonsten bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. mit eigenen Worten beantworten.

Welche Beschwerden belasten Ihr Kind aktuell am meisten?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine

Erkrankung – Kummer – Trauer – Stress – Operation – Hautausschläge – Medikamente- usw.

- Werden die Schmerzen durch Bewegung Einfluss besser schlechter kein
- Treten die Schmerzen Kälte auf? in Ruhe nachts tags Wärme
- Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? ja nein

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

- Gibt es Fremdbefunde? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein
- Bildgebende Verfahren? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein
- Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs – Tuberkulose – Geschlechtskrankheiten – Herzkrankheiten – Gefäßkrankheiten – Schlaganfall – Asthma – Zuckerkrankheit – Rheuma – Nierensteine – Gallensteine - Multiple Sklerose – Gicht – Allergien – Schuppenflechte – Neurodermitis - Migräne
 Andere:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? In welcher Dosierung und seit wann?

Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.

Medikament	Dosierung	Einnahme seit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wann hat es zuletzt Antibiotika eingenommen? _____

Weshalb? _____

ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

Hatte Ihr Kind Infektionskrankheiten wie....?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersch. Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Welche (Auffrisch-)Impfungen hat es erhalten? Wann?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Grippe | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Gab es Reaktionen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Leidet Ihr Kind oft unter Erkältungskrankheiten? ja nein

Welche Infekte lagen bei Ihrem Kind schon vor?

Husten – Schnupfen – Bronchitis – Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Sonstige _____

Wie oft? _____

Wurde Ihr Kind operiert? ja nein

Wo: _____

Warum: _____

Gab es bei Ihrem Kind größere Unfälle/Traumata? ja nein

Wann/was ist passiert/wie wurde behandelt?

Leidet Ihr Kind an angeborenen Krankheiten? ja nein

Welche: _____

Schlaf

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes?

Schlaflosigkeit - Sprechen im Schlaf – Zähneknirschen - Schwierigkeiten beim Einschlafen - Bettnässen - Lebhaftige Träume/Alpträume - Nachtschweiß - häufiges Erwachen um wieviel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlaflage:

Bauch - Rücken - links – rechts - sitzend - kniend - zusammengerollt

Schlafzeit:

Übliches zu Bett gehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Emotionales / Belastung / Hormone

- Bestehen Ängste? (zB Dunkelheit, Alleinsein, Gewitter, Tiere, Räuber, Höhen-Platzangst) O ja O nein
Wie reagiert Ihr Kind auf Maßregelungen, Strafen, Kritik?
-
- Wird Ihr Kind leicht zornig oder bekommt Wutanfälle? O ja O nein
Schlägt es grundlos oder macht Sachen kaputt? O ja O nein
Weint Ihr Kind leicht? O ja O nein
Ist Ihr Kind selbstbewusst oder eher schüchtern?
Wie reagiert es auf Hektik, Eile, Unruhe?
-
- Gibt es eine ausgeprägte Eifersucht auf Geschwister? O ja O nein
Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern?
-
- Gibt es ein besonderes Verhalten in Gruppen?
(zB Kindergarten, Schule) O ja O nein
Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen? O ja O nein
Hat Ihr Kind eine beste Freundin/besten Freund? O ja O nein
Hat es bei Ihrem Kind tiefe Traurigkeit, Kummer o.ä. gegeben? O ja O nein
Wenn ja, was _____
Übernachtet Ihr Kind woanders? O ja O nein
Besteht Prüfungsangst? O ja O nein
Gibt es psychische Verhaltensweisen die typisch oder auffällig sind?
(zB Nägelkauen, Daumenlutschen, Haare spielen etc)
-
- Ist Ihr Kind oft müde und erschöpft? O ja O nein
Hat es Probleme sich zu konzentrieren/Lernschwierigkeiten/b.d. Hausaufgaben O ja O nein
- Hat es öfters Kopfschmerzen/Migräne/Schwindel/Sehstörungen? O ja O nein
Ist seine Reizbarkeit verstärkt? O ja O nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind den Anforderungen in der Schule/Kiga/
dem Alltag gewachsen ist? O ja O nein
- Leidet Ihr Kind unter (nächtlichem) Einnässen/ Hodenhochstand O ja O nein
- Verdacht auf ADS/ADHS?/Autismus? O ja O nein
- Hat Ihre Tochter schon Ihre Periode? O ja O nein
Seit wann/Alter: _____
- Leidet sie unter zyklisch bedingten Beschwerden?
(PMS, Schmerzen/Krämpfe etc.) O ja O nein

Geburt

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? O ja O nein
Haben Sie geraucht oder Medikamente eingenommen? O ja O nein
Wie war die Geburt?
Natürlich – Kaiserschnitt – Frühgeburt – Zangen oder Saugglockengeburt?
Wann hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen? _____
Wann hat Ihr Kind laufen gelernt? _____
Wann hat es sprechen gelernt? _____
Ab wann war Ihr Kind trocken? _____
Geburtsgewicht/Größe _____
Wie ist die Wärmeregulation?
Warme Hände – kalte Hände – warme Füße – kalte Füße – schwitzt viel

Ernährung

Verlangen nach: Süß - Sauer - Pikant -Bitter -Salzig – Scharf - Fleisch - Eier - Obst - Nikotin - Alkohol

Abneigungen gegen: Süß -Sauer - Pikant – Bitter - Salzig -Scharf -Fleisch -Eier-Fett

Wurde es gestillt? O ja O nein

Wie oft hat es Stuhlgang? ___ x täglich ___ x
wöchentlich

Neigung zu: Durchfall - Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt - breiig - wässrig - wechselt - verstopft - knollig - hell - dunkel - übel riechend –
kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden

Hat Ihr Kind häufig Blähungen? O ja O nein

Hat Ihr Kind Allergien? Seit wann?

Pollen(wann) _____

Nahrungsmittel _____

Besteht eine Laktose/Fruktose oder Gluten Unverträglichkeit? O ja O nein

Gibt es Auffälligkeiten an der Haut?

Verbrennungen – Narben – Warzen – Pilze – Ausschläge – Hautjucken?

Was wünschen/erwarten Sie sich von meiner Behandlung?

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen

bis 1 Woche vor dem Behandlungstermin zu.

Denken Sie daran, dass uns meine Vorarbeit am Ersttermin Zeit spart und somit Ihren Geldbeutel schont ☺

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.