Naturheilpraxis Blankenese

Anamnese-Fragebogen für Kinder

Persönliche Daten

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel.	_____
Straße	_____	Tel. beruf l.	_____
PLZ – Ort	_____	E-Mail	_____

Versicherung
O Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
O Private Zusatzversicherung
O Beihilfe
O Privat-Versicherung, welcher Tarif?

Mit welchem Wunsch für Ihr Kind kommen Sie zu mir? Welche Beschwerden hat 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? Medikamente unter der 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, Magnesium 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? Bitte Impfausweis mitbringen!

Gab es Reaktionen auf Impfungen?
z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Ist Ihr Kind schon einmal von einer Zecke gebissen worden?

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bis heute durchgemacht?
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer´sches Drüsenfieber, 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 Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, sonstige Beschwerden

Ohren links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Operation mit Röhrchen, 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:.....

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen, links, rechts, eitrig, mit oder ohne Fieber

Lunge häufig Bronchitis, akuter oder chronischer Husten, Lungenentzündung, Asthma

Zähne/Kiefer (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Beschwerden bei der Zahnung	O Ja	O Nein
Häufige Zahnarztbesuche	O Ja	O Nein
Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne	O Ja	O Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	O Ja	O 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. Sonstige 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 wechselhaft 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, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Träume Träumt Ihr Kind viel? Alpträume?

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

Bestehen Probleme in der Schule? Konzentrationsschwäche, Lernschwäche, schlechte Noten?

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

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

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.

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

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

Sie kommen zur Behandlung als Patient/in in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.
Sollten Sie die vereinbarten Behandlungstermine nicht einhalten können, so bitten wir Sie diese **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen!**
Sofern Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, müssen wir für ihre vorgesehene und ungenutzte Behandlungszeit gemäß § 615 BGB pauschal 90€ in Rechnung stellen (Annahmeverzug).

Newsletter

O Ja, ich möchte kostenlos per E-Mail über neue gesundheitliche Themen und Informationsveranstaltungen informiert werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Selbstverständlich kann ich diesen Newsletter jederzeit wieder abbestellen.

Ort, Datum: Unterschrift: