

## **Anamnese Fragebogen - Kinder**

### **Anleitung:**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.  
Bitte nehmen Sie sich zum Ausfüllen genügend Zeit.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### **Wegen welcher Erkrankung Ihres Kindes kommen Sie hauptsächlich?**

---

---

### **Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an mich? Was ist Ihr Ziel?**

---

---

### **Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

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

---

---

### **Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

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

---

---

**Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

---

---

**Infekte**

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Wenn ja wie häufig?

---

**Gibt es Allergien?**

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Pollen oder andere \_\_\_\_\_

**Stuhlgang**

täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach \_\_\_\_\_

Neigt zu Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

**Haut**

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

---

**Narben**

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben  Ja  Nein

**Schlaf**

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen, nächtliches Wasserlassen, Einnässen bei Nacht, schlafwandeln

---

**Schlafzeit** von / bis \_\_\_\_\_

**Träume**

Häufigkeit, Themen der Träume \_\_\_\_\_

---

**Ernährung**

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

---

**Abneigung gegen** süß, sauer, pikant, Fleisch, Eier, Obst

---

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Kind gestillt / wie lange?** \_\_\_\_\_

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

**Wann konnte Ihr Kind** **krabbeln** \_\_\_\_\_

(Angaben bitte in Monaten) **laufen** \_\_\_\_\_

**sprechen** \_\_\_\_\_

**war es trocken** \_\_\_\_\_

- Geburt**
- Normal
  - Kaiserschnitt
  - Frühgeburt, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihre Kinder derzeit ein?**

(Bitte zum Termin mitbringen)

---

---

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?**

**Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?**

---

---