



## Anamnesebogen Kind

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der ganzheitlichen Medizin ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Wir sind daher auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen; denn je genauer und umfassender die Informationen sind, desto besser können wir uns auf Sie und Ihre Beschwerden vorbereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn uns vor Ihrem Termin per Fax, E-Mail oder auch per Post oder bringen ihn einfach zu Ihrem Termin mit. Ihre Angaben sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam für ganzheitliche Medizin am Nordbahnhof

### I. Allgemeine Angaben zum Kind:

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigung:  Ja  Nein

Selbstzahler:  JA  NEIN (da Private KV)

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### II. Angaben zu den Eltern:

#### Mutter:

leibliche Mutter  Adoptivmutter  Pflegemutter  Stiefmutter

Beruf: \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit  erwerbslos  Hausfrau

#### Vater:

leiblicher Vater  Adoptivvater  Pflegevater  Stiefvater

Beruf: \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit  erwerbslos  Hausmann

## Anamnesebogen Kind

**Eltern** leben  zusammen  getrennt  
Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht  
 Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

### III. Geschwister

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

### IV. Schwangerschaft und Geburt

Geplante Schwangerschaft:  Ja  Nein  
Kinderwunschbehandlung:  Ja  Nein  
Abgänge bei der Mutter vor dem Kind:  Ja  Nein  
Schwangerschaftskomplikationen:  Ja  Nein  
Traumatische Erlebnisse während der Schwangerschaft:  Ja  Nein  
Geburtsmodus:  spontane Geburt  Zangengeburt  Vakuumentraktion  
 geplanter Kaiserschnitt  Notfallmäßiger Kaiserschnitt  
Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_

### V. Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (Entwicklung, Infekte)

Nein  
 Ja: \_\_\_\_\_

---

### VI. Vorschulische Entwicklung

Kindergrrippe  Tagesmutter  Kindergarten  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen Kind

### VII. Schule

Schulart:  Mittelschule  Realschule  Gymnasium

Andere: \_\_\_\_\_

Schulwechsel, wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

Schulische Probleme:

Lernen, Schulstoff \_\_\_\_\_

Sozialverhalten \_\_\_\_\_

### VII. Aktuell

**1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?**

---

---

**2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden Ihres Kindes? Z. B.: Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?**

---

---

**3. Was ist Ihr Wunsch, Ihr Ziel an mich?**

---

---

## Anamnesebogen Kind

### **IV. Angaben zum Kind:**

1. Liegen **Allergien/Unverträglichkeiten** vor?  JA  NEIN

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

2. Welche **Vorerkrankungen** sind beim Kind bekannt?

Herz:
Lunge:
Leber:
Niere/Blase:
Bewegungsapparat:
Psyche:
Sonstiges:

3. Traten bestimmte **Erkrankungen in der Familie** gehäuft auf?

---



---

4. **Zahnärztliche Erkrankungen beim Kind:**

---

## Anamnesebogen Kind

### 5. Bestehen Probleme mit dem **Darm**?

Verstopfung    Durchfall    Reizdarm    M. Crohn    Colitis Ulcerosa

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:    Laktose    Fruktose    Histamin

Anderes: \_\_\_\_\_

### 6. **Hormone beim Mädchen:**

Zyklus vorhanden?    Ja    Nein    Zyklusschwankungen    Ja    Nein

Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Tage    Alter bei 1. Regelblutung: ca. \_\_\_\_ Jahre

Hormonelle Verhütung (Pille, Hormonspirale): \_\_\_\_\_

Mechanische Verhütung (Spirale, Kupferkette...): \_\_\_\_\_

### 7. Hatten Ihr Kind **Infektionskrankheiten** wie

Masern    Mumps    Röteln    Windpocken    Scharlach

Keuchhusten    Kinderlähmung    Malaria    Tuberkulose    Salmonellose

Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)    Borreliose (Zecke)

andere: \_\_\_\_\_

### 8. Welche **(Auffrischungs-)Impfungen** wurden durchgeführt? Wann?

Diphtherie    Tetanus    Polio    Hepatitis    Mumps    Masern    Röteln

Gelbfieber    Keuchhusten    TBC    Grippe    Windpocken    FSME

Covid 19:   1. Impfung am \_\_\_\_\_   2. Impfung am \_\_\_\_\_   3. Impfung am \_\_\_\_\_

### **Gab es Reaktionen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, sonstige:

---



---

## Anamnesebogen Kind

9. Welche **Medikamente** und/oder **Nahrungsergänzungsmittel** nimmt Ihr Kind derzeit ein?

---



---



---

10. Hatten Ihr Kind **Operationen**?  JA  NEIN

Wenn ja, wann und welche?: \_\_\_\_\_

---



---

11. **Ernährungsgewohnheiten (überwiegend):**

Mischkost  Vollwertkost  Fast Food  Vegetarisch  Vegan

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Heißhunger auf  Süßes  Salzige  Bitteres

12. Bestehen **Abhängigkeiten oder Suchten**?

<input type="radio"/> Nikotin:	<input type="radio"/> Alkohol:	<input type="radio"/> Medikamente:	<input type="radio"/> Drogen:
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift