



Anamnesebogen für Kinder

Datum:

Name / Vorname.....

Straße.....

PLZ / Ort.....

Geschwister.....

Geboren
am.....Geburtsort.....

Telefon privat.....Tel.geschäftl.....

E-Mail.....Fax.....

Versicherung.....

Unter welchen Beschwerden leidet ihr Kind?

Wo genau.....seit wann.....und zu welcher
Zeit?.....was bessert.....

.....

Was verschlechtert die Symptome.....

.....

.....

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (Erkrankung,
Kummer, Trauer, Schock, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.**

.....

.....

.....



Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? – Welche?

Beipackzettel dabei?.....

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

.....
.....
.....

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? – Auffällige, schwere immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes , Allergien, Neurodermites, Schuppenflechte usw.

Mutter.....

Vater.....

Großeltern mütterlicherseits.....

Großeltern väterlicherseits.....

Geschwister, Tanten, Onkel.....

Schwangerschaft und Geburt: Untersuchungen, Verlauf der Schwangerschaft, (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikament, Nahrungsergänzungsmittel, in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.

.....
.....
.....



Neugeborenenperiode:

Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Nabelentzündung, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch Mutter), Speikind, Blähungen usw.

.....
.....
.....

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?.....

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.

.....
.....
.....

Entwicklung im ersten Lebensjahr: Zahnungsbeschwerden, wann konnte das Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.

.....
.....
.....
.....

Sprachentwicklung: Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten?

.....
.....
.....

Sauberkeitsentwicklung : Tags, nachts usw.

.....
.....



Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Hat es Medikamente

bekommen?.....
.....
.....
.....

Allgemeines:

- Rechts- / Linkshänder

- Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes, hitziges Kind?

- Haben Sie an Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?

.....
.....
.....

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

.....

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?.....

.....
.....

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

.....
.....

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf?

.....
.....

Kopf: Schmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.

.....
.....



**Augen: Trockenheit, Juckreiz, Rötung, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss,
Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.**

.....
.....

**Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen,
Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe getragen? Usw:**

.....
.....

**Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den
Lippen / Mundwinkeln, Farbe / Belag der Zunge, Soor usw.**

.....
.....

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

.....
.....

Hals / Kehlkopf: Mandelentzündung (Welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrapp usw.

.....
.....

Lunge: Husten, Bronchitis, Auswurf (Konsistenz, Farbe), Asthma usw.

.....
.....

**Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände / Füße,
schwitzige Hände / Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolper-
neigung usw.**

.....
.....
.....



**Magen/Darmtrakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit,
Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am
After, Windeldermatitis usw.**

.....
.....
.....

**Stuhlgang: Täglich, jeden.....Tag. Farbe.....Konsistenz.....
Geruch.....**

**Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe,
Geruch
usw.....**

**Genitalien: Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose. Mädchen: Ausfluss, erste Mensis, PMS
.....
.....**

**Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen,
Haut: Allergien, Neurodermites, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche,
Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.**

.....
.....
.....

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.

.....
.....
.....

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.

.....
.....



Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit usw.

.....
.....

Appetit: keinen, wenig, viel, Heißhunger, lieber warm, lieber kalt, Essstörungen, wie ist der Durst – Viel, wenig, kalt, warm

.....
.....

Nahrungsmittelverlangen, Lieblingsessen:

.....
.....

Nahrungsmittelabneigung

.....
.....

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.

.....

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, Fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.

.....
.....

Wovor hat Ihr Kind Angst?: Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, usw.

.....
.....



Bitte notieren Sie, was Ihr Kind in der letzten Woche – mindestens aber in den letzten 3 Tagen gegessen und getrunken hat. Bitte ganz normal – was es im Alltag ißt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....