

Anamnesebogen Kinder

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname(n):	<input type="text"/>	Geburtszeit:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Sternzeichen:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Geschwister:	<input type="text"/>		

(Es ist hilfreich, wenn sie ein Foto von ihrem Kind zum Termin mitbringen, welches in der Patientenakte verbleiben kann.)

Lieber Klient,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen für ihr Kind sorgsam aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

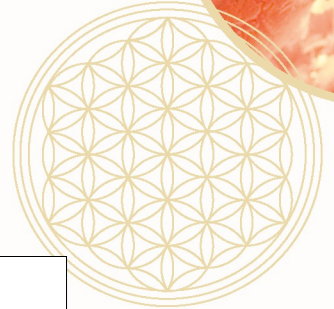
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist ihr Wunsch für ihr Kind an mich? Was ist Ihr Ziel?

Wie möchten Sie ihr Kind behandeln lassen?

- Homöopathisch und Osteopathisch ausschließlich Homöopathisch
- ausschließlich Osteopathisch
(falls sie eine ausschließlich osteopathische Behandlung wünschen, reicht es natürlich aus, wenn sie nur die Fragen zu den körperlichen Symptomen beantworten.)

Unter welchen Beschwerden leidet ihr Kind? (seit wann?)



Ärztliche Diagnose vorhanden?

Nein Wenn ja, seit wann und welche?

Laufen im Moment andere Therapien parallel?

(z.B. Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, Physiotherapie, Nachhilfe)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind in ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? (bitte Impfausweis mitbringen)

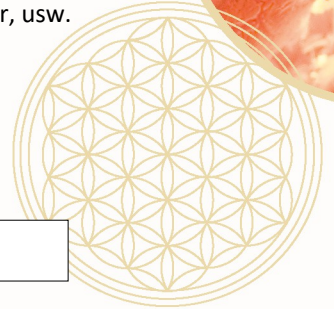
Gab es Reaktionen auf die Impfungen? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, etc.)

Wurde ihr Kind operiert?

Nein wenn ja, wo, wann und wie oft?

Gab es bei ihrem Kind größere Unfälle/Traumata?

Nein wenn ja, wann/wo, wie oft und wie behandelt?



Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht? (zutreffendes bitte unterstreichen)
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

Welche Infekte lagen bei ihrem Kind bisher vor?
Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung,
wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel:

Pollen oder andere:

Stuhlgang

täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend

Haut

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Akne, Herpes, Ekzeme

Narben

Gibt es durch Operationen Verletzungen oder Narben? Ja Nein

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen/[□]
Weinen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen, Bettnässen, Nachtschreck,
Alpträume, Erwachen

Schlafzeit

von / bis

Ernährung

Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Eis, warm, kalt

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Lieblingessen:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Körpergröße

Gewicht

Entwicklung

Wann hat ihr Kind die ersten Zähne bekommen?

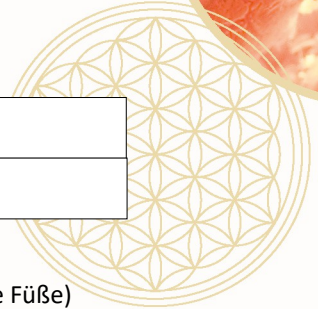
Gibt/Gab es Zahnungsschwierigkeiten?

Wann hat ihr Kind laufen gelernt?

Wann hat ihr Kind sprechen gelernt?

Gibt/Gab es Verzögerungen in der Entwicklung?

Wunschkind? Aborten davor?



Wie verlief die Geburt?

Haben Sie ihr Kind gestillt? Wie lange?

Wie ist die Wärmeregulation? (Warme Hände, kalte Hände, warme Füße, kalte Füße)

Wie schwitzt ihr Kind? (z.B. gar nicht, warm, kalt, übelriechend, sauer, nachts, beim Stillen?)

(Anm.: Schwitzen im homöopathischen Sinn hat nichts mit Wärme zu tun oder ob das Kind warm eingepackt ist)

Hat ihr Kind Kopfschweiß? (z.B. Stirn oder Hinterkopf)

Hat ihr Kind Fußschweiß oder „Käsefüße“?

Gemütssymptomatik

Wird ihr Kind leicht zornig?

Ja Nein

Wie steht es mit Schlägen und Hauen?

Ja Nein

Wie reagiert ihr Kind auf Maßregelungen, Strafen, Kritik?

Macht ihr Kind Dinge kaputt?

Ja Nein

Gibt es Wutanfälle, wie stark?

Ja Nein

Weint ihr Kind leicht, wenn ja bei welchem Anlass?

Ja Nein

Gibt es irgendwelche Ängste?

Ja Nein

(z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst, usw.)

Hat ihr Kind einen hohen Ordnungssinn?

Ja Nein

Gibt es eine ausgeprägte Eifersucht auf Geschwister?

Ja Nein

Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern?

Gibt es ein besonderes Verhalten in Gruppen (z.B. Kindergarten, Schule?)



Kann sich ihr Kind alleine beschäftigen?

Ja Nein

Hat ihr Kind eine beste Freundin/besten Freund?

Ja Nein

Hat es bei ihrem Kind tiefe Traurigkeit, Kummer oder ähnliches gegeben?

Wie steht es mit dem Selbstvertrauen?

Wie reagiert ihr Kind auf fremde Personen?

Ist ihr Kind schüchtern?

Übernachtet ihr Kind woanders?

Ja Nein

Besteht eine Prüfungsangst?

Ja Nein

Wie steht es mit geistigen Funktionen?

(z.B. Lernen, Rechnen, Konzentration, Aufmerksamkeit, usw.)

Wie sieht es mit Unruhe, Hektik, Eile, Geduld, Ungeduld, Schreckhaftigkeit aus?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die typisch oder auffällig sind?

(u.a. Nägelkauen, Daumenlutschen, Haare drehen oder spielen, ...)

Lieblingsfarbe ihres Kindes

Lieblingfilm ihres Kindes

Lieblingsmärchen

Mag ihr Kind Musik/Tanzen?

Ja Nein

Ängste vor Tieren?

Katzen Hunde

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 1 Woche vor dem Behandlungstermin zu.

Per Post an: **Julia Stickel, Heilpraktikerin & Physiotherapeutin, Im Ried 23, 96138 Burgebrach**

oder per Mail an: info@heilpraktikerbamberg.de

oder per Fax an: **09546 / 59 56 221**

Vielen Dank für ihre Mitarbeit, ihre Zeit und ihr Vertrauen!