



Anamnese-Fragebogen Kinder

Liebe Patientin, lieber Patient,

gesundheitliche Beschwerden können viele verschiedene Ursachen haben, die manchmal gar nicht so klar mit den aktuellen Symptomen zusammenzuhängen scheinen. Um mir ein ganzheitliches Bild zu machen, benötige ich viele Informationen über Ihr Kind.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Vorfeld unseres Termins in Ruhe aus. Markieren Sie zutreffendes bzw. ergänzen Sie. Senden Sie ihn an mich zurück oder bringen Sie ihn zu unserem Termin ausgefüllt mit. Denken Sie bitte auch an Vorbefunde (Laborwerte, OP-Berichte, Bilder, etc.).

Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Versicherung Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung Privat-Versicherung

Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Mit welchem Wunsch für Ihr Kind kommen Sie zu mir?

Vorgeschichte

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Auslandsreise, Erkrankung, Kummer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamenteneinnahmen, Zahnung, Wachstumsschub, Impfung, usw.

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Lebensveränderungen, starke Erschöpfung, Erkrankungen, 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?

Chronologie der Krankengeschichte

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

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

Kopf

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,

Ohren links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Gleichgewichtsstörungen
Operation mit Röhrrchen, Schwerhörigkeit, Schmerzen,

Zähne/ Kiefer

Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein

Häufige Zahnarztbesuche Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja welches Material.....

Hatte die Mutter während der Schwangerschaft Amalgamfüllungen?

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, eitrig, mit Fieber, links, rechts

Brust - Bauch - Rücken

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen,

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Asthma,

Magen Völlegefühl, Schmerzen, Appetitlosigkeit,

Unverträglichkeiten von.....

Darm Infektionen, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,

Konsistenz: hart, knollig, geformt, weich, bleistiftartig, breiig, dünnflüssig

Stuhl hell, dunkel, übelriechend, Blut im Stuhl,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden,
Stuhlgang wechselhaft

Arme - Beine - Rücken - Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Missempfindungen

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen

Haut/Nägel Verbrennungen, Ekzeme, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze,
Neurodermitis, Psoriasis

Narben Hat Ihr Kind durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Urogenitalbereich

Mädchen

Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen

Menses

Wann war die erste Menses?

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange

Abstand der Regelblutungen

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche

Zwischenblutungen.....

Niere / Blase Wann war Ihr Kind trocken?

War oder ist Ihr Kind ein Bettnässer?

Nieren-und Blasenentzündungen

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Allgemeines

Kälte/ Wärme Friert Ihr Kind leicht, oder schwitzt es schnell? Schwitzt Ihr Kind viel, wann und an welchen Körperregionen?

Allergien auf.....

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, 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...

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

Ernährung Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Mischkost, vegetarisch,
Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....

Trinken Wie viel und was trinkt Ihr Kind am Tag?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit ein?

Datum:

Unterschrift: