

# Anamnesefragebogen Kind



Ihr Termin \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Naturheilpraxis Gesundes Leben  
Daniela Schwinn  
Heilpraktikerin  
Am Gewerbepark 29  
  
64823 Groß-Umstadt

Daniela Schwinn  
Heilpraktikerin

Anschrift: Am Gewerbepark 29  
D- 64823 Groß-Umstadt  
Telefon: 0 60 78 / 96 94 617  
Telefax: 0 60 78 / 96 94 616  
E-mail: [info@naturheilpraxis-schwinn.de](mailto:info@naturheilpraxis-schwinn.de)  
Internet: [www.naturheilpraxis-schwinn.de](http://www.naturheilpraxis-schwinn.de)

Liebe Eltern,

Dieser Fragebogen dient dazu, die Erstanamnese möglichst effizient durchführen zu können und ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes zu erhalten.

Füllen Sie diesen Bogen bitte sorgfältig aus, beantworten die Fragen ausführlich und schicken Sie diesen Fragebogen mindestens eine Woche vor der Erstkonsultation zurück.

Bitte legen Sie evtl. Kopien der letzten Blutuntersuchung bei sowie den Impfpass.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind vertraulich.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort/-zeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geschwister \_\_\_\_\_

Blutgruppe (falls bekannt) \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

gesetzlich versichert  privat versichert / zusatzversichert bei \_\_\_\_\_

1. Unter welchen Hauptbeschwerden leidet Ihr Kind? Seit wann?

---

---

---

---

2. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden? z.B. Erkrankung, Kummer, Schock, Sorgen, Schulwechsel, Unfall, Operation, Impfung,...

---

---

3. Was bessert / verschlechtert die Beschwerden? z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Tageszeit,...

---

---

---

4. Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

---

---

---

5. Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?

Tuberkulose(BCG)	Röteln	Polio (Kinderlähmung)	Diphtherie
Tetanus	HIB	Keuchhusten	Masern
Mumps	FSME	Hepatitis	Windpocken
Meningokokken	Gelbfieber	Pneumokokken	Grippe
andere _____			

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit Verhaltensauffälligkeiten  
Hautveränderung \_\_\_\_\_

6. Leidet Ihr Kind an Allergien? Wenn ja, welche?

---

---

7. Gibt es bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

---

8. Auf welche Lebensmittel könnte Ihr Kind nur schwer verzichten?

---

9. Konsumiert Ihr Kind

Zucker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie oft _____
Milchprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie oft _____
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie oft _____
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie oft _____
Fleisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie oft _____

Wieviel trinkt es täglich und was genau? \_\_\_\_\_

10. Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x täglich \_\_\_\_\_ x wöchentlich

11. Welche Konsistenz hat der Stuhl?  wässrig  breiig  geformt  unterschiedlich

12. Leidet es unter Blähungen? \_\_\_\_\_ Riechen diese unangenehm \_\_\_\_\_

13. Kann Ihr Kind gut einschlafen? \_\_\_\_\_ Durchschlafen? \_\_\_\_\_

14. Ist es morgens frisch und erholt? \_\_\_\_\_

15. Beschreiben Sie hier die momentanen / vergangenen Beschwerden:

**Kopf** Schmerzen Migräne Schwindel

**Augen** Bindehautentzündung Juckreiz Brennen Tränenfluss Brille seit

**Nase** behinderte Nasenatmung Nasennebenhöhlen Heuschnupfen Polypen Nasenbluten

**Ohren** Schmerzen Geräusche schwerhörig Mittelohrentzündungen Ohrenschmalz

**Mund** Entzündungen Mundgeruch Geschmacksveränderung belegte Zunge

**Zähne** Zahnungsbeschwerden tote Zähne Karies

**Hals / Kehlkopf** Mandelentzündung Heiserkeit Pseudokrupp

**Schilddrüse** Überfunktion Unterfunktion Hashimoto Vergrößerung

**Atmung** Atemnot Husten Bronchitis Asthma

**Magen / Darm** Völlegefühl Appetitlosigkeit Sodbrennen Übelkeit Erbrechen

Verstopfung Durchfall Blähungen Würmer

**Urogenital** Entzündung Uringeruch Juckreiz Schmerzen

bei Jungen: Hodenhochstand Phimose

bei Mädchen: Ausfluss erste Monatsblutung \_\_\_\_\_ Menstruationsbeschwerden

**Bewegungsapparat** Schmerzen Verspannung Steifheit Wirbelsäulenveränderung

kalte Hände kalte Füße

**Haut / Nägel** trockene Haut Warzen Muttermale Hautjucken Ekzeme

Reaktionen auf Insektenstiche Pilze Schuppenflechte Neurodermitis

eingewachsene Nägel Nagelpilz Flecken / Rillen Nägelkauen

Narben \_\_\_\_\_

**Haare** Haarausfall  vereinzelt  verstärkt  kreisrund Milchsschorf

**Immunsystem** häufige Erkältungskrankheiten geschwollene Lymphknoten vermehrtes Schwitzen / Frieren

**Operationen** \_\_\_\_\_

16. Hatte Ihr Kind Zeckenbisse?  ja  nein

17. Benötigte es bisher Antibiotika? Cortison? Wenn ja, wie oft und warum?

---

---

---

18. Gibt es Einschnitte bzw. Erlebnisse in dem Leben Ihres Kindes, die dessen Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben?

---

---

---

19. Leidet Ihr Kind an Ängsten, z.B. vor Krankheiten, Dunkelheit, fremden Menschen, Insekten, Gewitter, Prüfungen? Gab oder gibt es depressive Phasen?

---

---

---

20. Wie würden Sie die Persönlichkeit Ihres Kindes in kurzen Sätzen beschreiben?

---

---

---

21. War Ihr Kind ein Wunschkind?  ja  nein  eher nicht  
normale Zeugung      Hormonbehandlung      künstliche Befruchtung

22. Welche Emotionen hatten Sie als Mutter bei der Nachricht der Schwangerschaft?

---

---

23. Wie reagierte die Umgebung? Vater des Kindes, Großeltern, Geschwister

---

---

24. Wie war der Verlauf der Schwangerschaft? Übelkeit      Erbrechen      vorzeitige Wehen  
Blutungen      Medikamente      Erkrankungen      Ängste      Aufregung  
traumatische Erlebnisse      Unfälle      Todesfälle

---

---

25. Wie war der Verlauf der Geburt? Entbindung termingerecht      Frühgeburt \_\_\_\_ .Woche  
normale Geburt      Kaiserschnitt      Notkaiserschnitt warum \_\_\_\_\_  
PDA      Saugglocke      Zange      Medikamente während der Geburt  
besondere Vorkommnisse (Ängste, Sorgen, Panik,.... )

---

---

26. Neugeborenenperiode:

Sauerstoffmangel      Nabelschnur um den Hals      Gelbsucht  
Nabelbruch      Leistenbruch      Storchenbiss      Blutungen      Stillkind      Flaschenkind  
Stillprobleme      Speikind      Blähungen

27. Entwicklung im ersten Lebensjahr

Zahnungsbeschwerden \_\_\_\_\_  
konnte den Kopf heben mit \_\_\_\_\_ Monaten, sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten, krabbeln \_\_\_\_\_  
laufen \_\_\_\_\_  
durchgemachte Erkrankungen \_\_\_\_\_  
Sprache \_\_\_\_\_  
Sauberkeit \_\_\_\_\_

28. Besondere Vorkommnisse in der weiteren Entwicklung

---

---

---

---

29. Welche Erkrankungen kommen / kamen in Ihrer Familie vor? Bei Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister

Krebs      Herzkrankheiten      Gefäßerkrankungen      Schlaganfall      Rheuma  
Asthma      Schuppenflechte      Allergien      Diabetes      Multiple Sklerose  
Autoimmunerkrankungen      Depressionen      Demenz / Alzheimer  
andere Krankheiten \_\_\_\_\_

30. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen, Ereignisse oder Umstände, die gehäuft auftreten (z.B. auch Scheidungen, Kinderlosigkeit, Suizide, Unfälle)?

---

---

31. Wurde der Schlafplatz des Kindes auf geopathische – und elektromagnetische Belastungen untersucht?

ja       nein

32. Was befindet sich in der Nähe des Schlafplatzes?

Schnurlostelefon      Handy      WLAN      Funkmasten      Hochspannung  
elektrische Geräte

**für ältere Kinder:**

33. Wieviel Stunden täglich verbringt Ihr Kind mit/vor elektrischen Geräten wie TV, Computer, Handy?

---

34. Trägt Ihr Kind das Handy immer bei sich? Ist es nachts eingeschaltet?

---

35. Raucht Ihr Kind? Trinkt es Alkohol? Nimmt es Drogen? \_\_\_\_\_

---

36. Gibt es Probleme in der Schule? Auch zwischenmenschlich mit Lehrern, Klassenkameraden?

---

---

---

37. Haben Sie Probleme mit Ihrem Kind? Wenn ja, welche?

---

---

---

38. Gibt es in Ihrer Familie/Partnerschaft zwischenmenschliche Unstimmigkeiten, Streit, Ignoranz?

---

---

---

38. Sollte ich Themen im Beisein Ihres Kindes besser nicht ansprechen?

---

---

---

**Was ist Ihr Ziel bzw. was erwarten Sie von der Behandlung Ihres Kindes?**

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe !*