

# Kinder Anamnese-Fragebogen:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

Name Vater bzw. Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Schule/Kindergarten: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (z.B. AOK, DAK)  Beihilfe/Post  Privat

Versichert mit: \_\_\_\_\_

## Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragenbogen genau aus und bringen Sie Ihne bei Ihrem ersten Besuch mit. Sie sparen somit viel Zeit

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an mich? Was wollen Sie ändern?

---

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

z.B. eine Krankheit, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

---

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Truberkulose, Geisteskrankheiten, Diabetes, Allergien, Migräne, usw.

---

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte bringen Sie den Impfpass mit.

Gibt es Impfreaktionen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe

---

Welche Infektionskrankheiten hat es durchgemacht?

z.B. Mumps, Scharlach, Windpocken, Kinderlähmung usw.

---

Hat Ihr Kinder Allergien?

Pollen, wann: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel, welche und seit wann: \_\_\_\_\_

Stuhlgang:  täglich jeden  zweiten Tag  unregelmäßig

Riecht nach: \_\_\_\_\_

Neigung zur Verstopfung  Neigung zum Durchfall  wechselhaft

Stuhl:  hell  dunkel  hart  knollig  weich  schmierig  pastenartig

Haut: Verbrennungen, Geschwüre, Pusteln, Warzen, Pilze, Hautjucken

Wo, wie groß und seit wann: \_\_\_\_\_

Schlaf: Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?  ja  nein

Schlaflosigkeit  Schwierigkeiten beim Einschlafen  unruhig  häufiges Erwachen

Bettnässen  Nachtschweiß

Schlafzeit von/bis: \_\_\_\_\_

Ernährung: Verlangen nach:  süß  sauer  pikant  salzig  Fleisch  Obst  Eier

Lieblingsspeise: \_\_\_\_\_

Abneigung gegen:  süß  sauer  pikant  salzig  Fleisch  Obst  Eier

Besondere Abneigung gegen: \_\_\_\_\_

Leben Sie nach einer bestimmten Ernährungsrichtlinie, welche? \_\_\_\_\_

Wann konnte Ihr Kind (bitte in Lebensmonaten angeben):

Krabbeln: \_\_\_\_\_ Laufen: \_\_\_\_\_ Sprechen: \_\_\_\_\_

Wann war es trocken? \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft oder Geburt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie damals Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

---

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Schule oder im Kindergarten?

---

- Schwierigkeiten mit anderen Kindern    prügelt sich oft    streitet oft    ist ein EinzelgängerIn  
 lässt sich viel gefallen    kann nicht spielen    kann nicht allein spielen

Krankheiten: Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind bisher durchgemacht hat:

Im Jahr; \_\_\_\_\_ Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Klagt Ihr Kind oft über Schmerzen?    ja    nein

- Bauch    Kopf    Beine    Arme    Rücken    Hals    Gesicht    Zähne  
 Füße    Erbrechen    Schleim    Nasenbluten    Schwindel

Welche Medikamente, Mineralstoffe und Vitamine nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Hildegard Peter  
Schillerstraße 18  
72202 Nagold  
07452 970161

