

## Anamnesefragebogen für Kinder

Heilpraxis Thiele | Kirchheimer Str. 42 | 70619 Stuttgart | 0711-16 222 44

Folgende Angaben helfen uns, Ihr Kind in seiner Gesamtheit als eigenständige Persönlichkeit besser zu verstehen, um es auf seinem Heilungsweg optimal begleiten zu können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit.

Vorname Name		Geburtstag	
Straße		Alter	
PLZ Ort		Gewicht	
Geschwister		Größe	

### Kontakt Elternteil / Eltern

Vorname Name		Telefon	
Beruf		E-Mail	
Geburtsdatum			

Ist Ihre Adresse die gleiche wie die des Kindes? Ja

Nein, folgende:

**Beziehung der Eltern:** verheiratet , Lebensgemeinschaft , getrennt , alleinerziehend , weiteres: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

**Krankenversicherung:**  Gesetzlich,  Privat,  Beihilfe,  Zusatzversicherung,  Selbstzahler\*in. **Name der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

**Nennen Sie die drei wichtigsten Wünsche zur Verbesserung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Nennen Sie die drei Hauptbeschwerden Ihres Kindes und seit wann diese bestehen:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ein besonderes Vorkommnis?**

z.B. Umzug , Schock , Trauerfall , Unfall , Infekt, und zwar: \_\_\_\_\_, sonstiges: \_\_\_\_\_

---

### Hat Ihr Kind folgende Medikamente bekommen?

Antibiotika, Cortison, Mittel gegen Pilzbefall, Mittel gegen Würmer. Bitte kurz (!) aufzählen:

---

### Neigt Ihr Kind zu immer wiederkehrenden Erkrankungen?

Schnupfen , Husten , Ohrenschmerzen , Bronchitis , Magen-Darm-Beschwerden , Blasenentzündung , weitere:

---

### Dauern diese Infekte ungewöhnlich lange an?

Ja , nein

---

### Litt Ihr Kind schon mal unter folgenden Beschwerden?

Geschwollene Drüsen , eitrige Mandeln , entzündete Augen , Blasenentzündung , Ausfluss

Kopfschmerzen: einseitig rechts , einseitig links , beidseitig

Gelenkschmerzen, wenn ja, wo:

Gab es Operationen, wenn ja, welche und wann:

---

### Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister...

z.B. Asthma , Bronchitis , Lungenentzündungen , Tuberkulose , Diphtherie , Hauterkrankungen , Blasenentzündungen , Steinleiden (Galle, Nieren, Blase) , Diabetes , Rheuma , Krebs , Suchtleiden , Geschlechtskrankheiten wie Tripper, Syphilis , weitere:

---

### Welche der folgenden (Kinder-)Krankheiten“ hatte Ihr Kind bereits?

Masern , Mumps , Röteln , Scharlach , Dreitagefieber (Exanthema subitum, Roseola infantum) , Ringelröteln (Erythema infectiosum) , Windpocken (Varicellen), Keuchhusten , weitere (z.B. Pfeiffersches Drüsenfieber):

Wie wurden die Infektionen behandelt (z.B. mit fiebersenkenden Mitteln)?

---

### Hatte Ihr Kind Covid 19?

Nein (nicht dass ich wusste) , ja  - gab es Auffälligkeiten, hielten die Beschwerden lange an, ist etwas zurückgeblieben etc. ?

---

### Verhalten & Schlaf

#### Hat/hatte ihr Kind Schwierigkeiten in der Schule oder im Kindergarten?

Nein , Konzentrationsschwierigkeiten , Verdacht oder Diagnose ADS, ADHS , Schwierigkeiten mit andern Kindern , prügelt sich oft , streitet oft , ist ein Einzelgänger , lässt sich viel gefallen , kann nicht gut alleine spielen , weiteres:

#### Hat es eine Verzögerung in der Entwicklung?

Sprache , Motorik , Verdacht auf Autismus , Autismus Formen , weitere:

---

### Wie ist der Schlaf Ihres Kindes?

Unauffällig: in der Regel gutes Ein- und Durchschlafen

Schlafdauer (von – bis):

Schlaflosigkeit: , häufiges Erwachen (Uhrzeit): \_\_\_\_\_, Einschlafschwierigkeiten , schläft mit offenem Mund , Sprechen im Schlaf , Bettnässen , Unruhe in den Beinen , Nachtschweiß , heiße Füße, Zähneknirschen , (Alp-)Träume mit wiederkehrendem Inhalt:

Ggf. weitere Anmerkungen zum Schlaf:

Bevorzugte Schlaflage:

---

### Ernährung & Verdauung

Welche Nahrungsergänzungsmittel und Medikamente nimmt Ihr Kind ein?

---

Hat Ihr Kind Allergien / Unverträglichkeiten? Nein

Ja , gegen

- Pollen, welche:

- Lebensmittel, welche:

- andere Stoffe, welche:

---

Lebt Ihr Kind nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Hat es ein besonderes Verlangen nach: süß , salzig , sauer , bitter , Fleisch , Ei , Butter, sonstiges:

Hat es Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel und/oder Getränke?

---

### Stuhlgang

Täglich einmal , täglich mehrmals , jeden 2., 3., 4. Tag , unregelmäßig , riecht nach:

Neigung zu Verstopfung , Neigung zu Durchfall , Konsistenz: schnittfest , hart , knollig , weich , schmierig , fettig , klebrig , Stuhl hell , Stuhl dunkel , Stuhl übelriechend , Stuhl sauer , kann Stuhl nicht halten , Gefühl, nicht fertig zu werden , ggf. weitere Auffälligkeiten:

---

### Haut

Muttermale , milchkafee-farbene Flecken , Ausschlag , Ekzeme , Juckreiz , Milchschorf , Pusteln , Abszess , Furunkel , Pilze , Warzen , Fisteln , weitere Auffälligkeiten:

Wo und seit wann:

---

## Impfungen

**Welche der von der Stiko empfohlenen Impfungen hat ihr Kind (noch) nicht erhalten?**

Rotaviren , Tetanus , Diphtherie , Keuchhusten , Hib , Kinderlähmung , Hepatitis B , Pneumokokken , Meningokokken C , Masern , Mumps , Röteln , Windpocken , HPV , Herpes zoster , Grippe

Bitte bringen Sie den Impfpass Ihres Kindes mit, falls vorhanden.

---

**Gab/gibt es Impfreaktionen?**

Nein , Ja , Fieber , Unruhe , Schlafstörungen , Krämpfe , Hautausschlag , weitere Auffälligkeiten:

---

**Wurde Ihr Kind gegen Covid 19 geimpft?**

Nein , ja , mit folgendem Impfstoff:

Gab es Impfreaktionen?

---

## Schwangerschaft und Geburt

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft und/oder Geburt?**

z.B. vorzeitige Wehen , Lungenreifespritze , Ängste, welche:  
Todesfall , Streit , schockartiges Erlebnis , Infektionen, welche:

---

**Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?**

Nein , ja, folgende:

---

**Gab es angeborene Fehlbildungen bei Ihrem Kind?**

Nein , ja, folgende:

**Ganz herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens 😊**