

# Anamnese-Fragebogen für Kinder

Name:..... Geburtstag  
Vorname:..... Geburtsort  
Straße:..... Geschwister  
PLZ/ Ort:.....  
Tel/Mobil:..... Mutter – Name/Vorname:  
E- Mail:..... Vater – Name/Vorname  
Zusatzversicherung:.....

**Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind in homöopathische Behandlung?**.....

**Seit wann gibt es diese Beschwerden?**.....

**Wo genau sind sie, sofern bestimmbar?**.....

**Was verschlimmert/verbessert die Beschwerden?**

**Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?**.....

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.....

**Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und wenn, welche?** Bitte bringen Sie die Berichte/Befunde in Kopie mit.

**Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?**

**Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?**

## **Schwangerschaft und Geburt:**

Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung Termingerech, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt.

**Geben Sie bitte Gewicht, Größe und Kopfumfang bei der Geburt an!**

**Neugeborenen- Periode:** Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die der Mutter), Speikind, Blähungen usw.

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?**

Cholera	Hepatitis A	Meningitis	Haemophilus influenzae
Diphtherie	Hepatitis B	Mumps	Malariaprophylaxe
FSME	Kinderlähmung (Polio)	Röteln	Tuberkulose
Gelbfieber	Masern	Tetanus	Typhus
Pocken	Keuchhusten		
Sonstige			

Bitte kreuzen Sie entsprechende Impfungen an oder fügen Sie andere hinzu

**Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?** erhöhte Infektanfälligkeit, Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten, Wesensveränderungen, Asthma, Allergien, Fieber, Entzündung der Einstichstelle?.....

**Entwicklung im ersten Lebensjahr:** Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.....

**Sprachentwicklung:** Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:.....

**Sauberkeitsentwicklung:** Tags, nachts usw.....

**Welche Kinderkrankheiten bzw. Infektionskrankheiten haben oder hatten Sie**

Röteln	Aids	Diphtherie	Tropenkrankheiten
Mumps	Keuchhusten	Ruhr	Geschlechtskrankheiten
Masern	Tuberkulose	Malaria	Scharlach
Windpocken	Gelbfieber		
Sonstige			

Bitte ankreuzen.

**Wurden Sie behandelt?**

wenn ja: wann, wie lange, mit welchem Mittel .....

**Allgemeines**

**Konstitution:** kränklich, anfällig, schwächlich, oder eher robust und kräftig?.....

**Kopf:** Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.....

**Augen:** Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.....

**Nase:** Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.....

**Ohren:** Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe getragen usw.....

**Mund:** Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.....

**Zähne:** Zahnungsbeschwerden, tote Zähne, Karies, erster/letzter Zahn.....

**Hals/ Kehlkopf:** Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrapp usw.....

**Lunge:** Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.....

**Herz:** Beschwerden, Auffälligkeiten.....

**Bewegungsapparat:** Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.....

**Magen- Darm-Trakt:** Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.....

**Stuhlgang:** Täglich, jeden.....Tag/täglich.....

**Urogenitaltrakt:** Schmerzen, Juckreiz, Blasen/Nierenentzündung,.....

**Genitalien:** Hodenhochstand, Phimose, Ausfluss, erste Menstruationsblutung/Beschwerden, usw

**Sexualität:** Frühreif etc.....

**Haut:** Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.....

**Haare:** Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.....

**Nägel:** Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkaugen usw.....

**Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit, usw....

### **Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:**

**Durst:** Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag.....

Was trinkt Ihr Kind gerne?.....

**Appetit:** Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen, ungewöhnliche Tageszeiten.....

**Schweiß:** Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.....

**Stimmung, Temperament:** Ausgeglichen, fröhlich, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, hartnäckig, eigensinnig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern.....

**Hat Ihr Kind Angst vor evtl.?** Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.....

### **Bitte Nennen Sie:**

Lieblingsfarbe:.....: Lieblingstier:..... Hobbies und Interessen....

### **Besucht Ihr Kind die Krabbelgruppe, den Kindergarten oder die Schule?**.....

Geht es dort gerne hin? Gibt es dort Probleme?.....

Rechts/ Linkshänder.....

Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?.....

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?.....

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?.....

Mag Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?.....

Schläft ihr Kind zu gedeckt?.....

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?.....

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, OP's, Krankenhausaufenthalte?.....

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?.....

### **Frühkindliche Entwicklung**

Wie ausgeprägt war die Krabbelphase?.....

Wann lief Ihr Kind eigenständig?.....

Wie verlief die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes? erste Worte, erste Sätze.....

### **Träume**

Berichtet Ihr Kind gelegentlich von seinen Träumen?.....

Hat es Alpträume? Wenn ja, welcher Art?.....

Beindet sich Ihr Kind tagsüber oft in seinen Träumen?.....

### Charakter und Sozialverhalten

- Bitte beschreiben Sie die wesentlichen Charakterzüge Ihres Kindes.....
- Was kann Ihr Kind gut? Was fällt Ihrem Kind schwer?.....
- Gibt es innerhalb Ihrer Familie wiederkehrende Probleme und Konflikte?.....
- Spielt Ihr Kind überwiegend mit gleichaltrigen, jüngeren oder älteren Kindern?.....
- Hat Ihr Kind Freunde?.....
- Fällt es ihm leicht, Freundschaften zu schließen?.....
- Übernimmt es eher die führende Rolle oder ordnet es sich ein?.....
- Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind mit einer Sache?
- Spielt es die Spiele überwiegend zu Ende oder bricht es sie häufiger ab?.....
- Ordnet Ihr Kind seine Spielsachen etc. oder fühlt es sich auch im Chaos wohl?.....
- Ist Ihr Kind aktiv, hyperaktiv, unruhig oder eher langsam und in seinen Reaktionen verzögert?.....
- Wird Ihr Kind schnell wütend? Was macht es wütend? Wie zeigt sich seine Wut?.....
- Wie gehen Sie damit um?.....

### Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Erkrankungen	Mutter	Vater	Geschwister	Familienangehörige
Bluthochdruck				
Niedriger Blutdruck				
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen				
Schlaganfall				
Rheuma				
Gicht				
Diabetes Typ				
Asthma				
Multiple Sklerose				
Blase- Nierensteine				
Schuppenflechte				
Krebserkrankungen				
Suchterkrankungen				
Tuberkulose				
Geschlechtskrankheiten				
Psychische Erkrankungen				
Epilepsie				
Suizid				
Übergewicht				
Allergien				
Sonstige				

**Nehmen Sie sich Zeit. Es ist wichtig, dass Sie alles so genau wie möglich ausfüllen und beantworten.**

**Der Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht.**

**Er ersetzt kein Anamnese- Gespräch. Das wichtigste bleibt das persönliche Gespräch.**

**Verwenden Sie für die Beantwortung der Fragen ggfs. ein zusätzliches Blatt Papier.**