



# Naturheilpraxis

Kerrin Olufs | Bardowick

## Anamnese - Fragebogen für Kinder

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

Vorname \_\_\_\_\_ wie viele Geschwister? \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

### Eltern

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

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

Straße \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? \_\_\_\_\_

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

Beihilfe/Post Name Versicherung: \_\_\_\_\_

**Bitte unterstreichen Sie die Beispiele, sofern sie zutreffen oder antworten Sie in eigenen Worten. Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit.**

**Mit welchem Wunsch für Ihr Kind kommen Sie zu mir?**

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

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamenteneinnahme, Impfung, Zahnung, Wachstumsschub, Umzug, Änderung der Lebensumstände, sonstiges:

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.**

Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, sonstiges:

## Immunsystem

---

### Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, sonstige:

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, sonstige:

### Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, sonstige:

### Leidet Ihr Kind häufig an Infekten?

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Madelentzündung, sonstige:

### Wurde Ihr Kind schon einmal / häufiger mit Antibiotika behandelt? Ja Nein

Hat Ihr Kind Heuschnupfen?  Ja  Nein wann?.....

welche Pollen?.....

Symptome?.....

Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein welche?.....

Symptome?.....

Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten?  Ja  Nein welche?.....

Symptome?.....

## Schwangerschaft bis Stillzeit

---

### Wie verlief die Schwangerschaft?

Gravierende Veränderung der Lebensumstände, starke Erschöpfung, Stress, seelische Belastung, sonstiges:

### Wie verlief die Geburt?

Komplikationen, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Spätgeburt, Zangen- oder Saugglockengeburt, PDA, Wehenhemmer, Wehenförderer, traumatisch?

### Gab es Probleme der Mutter nach der Geburt?

Probleme beim Stillen, Wochenbettdepression, sonstiges:

### Hatte Ihr Kind Neugeborenenengelbsucht oder gab es Komplikationen nach der Geburt?

### Hat die Mutter während der Schwangerschaft/Stillzeit Medikamente oder giftige Substanzen eingenommen?

Eisen, Jod, Antibiotika, Cortison, Folsäure, Vitamine, Mineralstoffe, Drogen (Alkohol, Zigaretten), sonstiges:

Wie lange wurde ihr Kind gestillt? .....

## Kopf - Hals

---

**Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?** Falls ja,  
häufig, selten, morgens, abends, Stirn, Augen, Schläfen, Hinterhauptregion, halbseitig, eher links,  
eher rechts, doppelseitig, anders:

bekannte Auslöser.....

Was verbessert:.....was verschlechtert:.....

**Zähne/Mund** hat ihr Kind Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material:.....  
Probleme beim Zahnen, wiederkehrende Aphten, Zahnsplange, anderes:

**Nase** chronischer Schnupfen, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung,  
Polypen, Operation, Absonderung: wässrig, schleimig, eitrig, grünlich

**Ohren** häufige Mittelohrentzündungen (links – rechts – beidseitig), Operation mit Röhrrchen, Schwerhörigkeit,  
Schmerzen, Gleichgewichtsstörung

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen

## Brust - Bauch - Darm - Niere

---

**Lunge** Bronchitis, akut oder chronischer Husten, Asthma

**Magen** Appetitlosigkeit, Unverträglichkeiten oder Reaktion auf Nahrungsmittel, anderes:

**Darm** Infektionen, häufige Antibiotikaeinnahmen, Blinddarmoperation, Blähungen, häufige Bauchschmerzen

**Stuhlgang** Frequenz: täglich, jeden 2.3.4. Tag, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall  
Konsistenz: hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft, schnittfest ;-)  
Farbe etc.: hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden

**Niere/Blase** Wann war Ihr Kind trocken? .....

War oder ist Ihr Kind Bettnässer? .....

Nieren- oder Blasenentzündung? .....

## Rücken - Arme – Beine - Haut

---

**Gab oder gibt es Probleme am Bewegungsapparat? Wenn Ja welche?**

**Arme** 0 Ja 0 Nein welche:.....

**Beine** 0 Ja 0 Nein welche:.....

**Füße** 0 Ja 0 Nein welche:.....

**Rücken** 0 Ja 0 Nein welche: .....

**Hüfte** 0 Ja 0 Nein welche: .....

**Haut/Nägel** Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Akne, Neigung zu Abszessen / Furunkeln,  
Verbrennungen, Milchschorf, Hautjucken -wo?.....Warzen- wo?.....

**Narben** **Hat Ihr Kind Narben?**

0 Ja

0 Nein

**Schlaf – allgemein – Entwicklung**

---

**Schlaf**                      Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen, viele Träume, Alpträume?

**Ernährung**                **Verlangen** nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst  
**Abneigungen** gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**    0    Ja                      0    Nein

Falls ja, welche? .....

**Wie viel und was trinkt Ihr Kind pro Tag** .....

**Blutgruppe Ihres Kindes?** (falls bekannt).....

**Ab wann konnte Ihr Kind krabbeln?..... laufen?.....sprechen?..... war es trocken?.....**  
Angaben bitte in Monaten

**Psyche/Nerven**            ADS, ADHS, Ängste (konkret / diffus), sonstiges: .....

**Hat Ihr Kind Hobbys und spezielle Interessen? Welche?**

.....

**Was fällt Ihnen an Ihrem Kind besonders auf?**

.....

---

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind derzeit ein?**

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben in Stichworten.