



Anamnesebogen für Kinder

Persönliches

Erziehungsberechtigter

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Kind

Name:

Geburtsdatum:

Anleitung für das Ausfüllen des Anamnesebogens:

Alle Angaben sind freiwillig, ich ersuche Sie dennoch, den Bogen genau auszufüllen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, dann schreiben Sie bitte „k.A.“ in die entsprechende Zeile. Unterstreichen Sie die für Sie zutreffenden Beispiele oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten.

Selbstverständlich unterliege ich der Schweigepflicht!

Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit zum Beantworten. Vielen Dank!

Wegen welcher Beschwerde Ihres Kindes kommen Sie in erster Linie?

Welches Ereignis ging dem ersten Auftreten der Beschwerde voraus?

z. B. Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Erkrankung, Kummer

(Scheidung/Trennung der Eltern,...)Gibt es etwas, das die Beschwerden verbessert?

Ruhe / Bewegung / sitzen / liegen / Schlaf / Kälte / Wärme / Sport / andere

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

Ruhe / Bewegung / körperliche Belastung / Essen / Tageszeit / Stress / Wetter / Kälte / Wärme / sonstiges

Wann treten die Beschwerden auf?

Wie oft treten die Beschwerden auf?

Täglich / ständig / wöchentlich / bei Belastung / in Ruhe

Wie wurde die Hauptbeschwerde Ihres Kindes bisher behandelt und mit welchem Erfolg?

Hobbies/Freizeitgestaltung/Sport

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

Treibt es Sport?

Welche Sportart treibt es?

Wie oft geht es dieser Sportart nach? Täglich / ... mal wöchentlich / gelegentlich

Medikamente:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?

Art:

Einnahme:

..... morgens / mittags / abends / nachts
..... morgens / mittags / abends / nachts
..... morgens / mittags / abends / nachts
..... morgens / mittags / abends / nachts

Impfungen:

Welche Impfungen haben Sie bei Ihrem Kind durchführen lassen? Hatte es Reaktionen darauf?

Fieber / Krämpfe / Unruhe /Verhaltensänderungen / Schmerzen

Impfung:

Datum:

Reaktion:

..... F / K / U / V / S / keine
..... F / K / U / V / S / keine
..... F / K / U / V / S / keine
..... F / K / U / V / S / keine

Infekte

Hat Ihr Kind häufig Husten / Schnupfen / Bronchitis / Mittelohrentzündung / Angina-Mandelentzündung / andere Infekte

Wenn ja, wie oft?

Lebensgewohnheiten

Essen:

Wie oft isst Ihr Kind täglich?

Isst es Zwischenmahlzeiten? Wenn ja, wann und was isst es?

Leben Sie sich nach bestimmten Ernährungsrichtungen?

Wie sieht der Speiseplan Ihres Kindes aus?

morgens: Uhr

mittags: Uhr

abends: Uhr

Hat es Allergien/Unverträglichkeiten auf bestimmte Nahrungsmittel?

Trinkgewohnheiten:

Wieviel und was trinkt Ihr Kind pro Tag?

Trinkt es, weil es durstig ist oder animieren Sie Ihr Kind zum Trinken?

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

z. B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Kinderlähmung (Polio), Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Salmonellose, andere

Gab es Komplikationen? Welcher Art?

Tagesrhythmus

Wann steht Ihr Kind auf?

Wann geht es für gewöhnlich schlafen?

Leidet Ihr Kind unter: Schlaflosigkeit / häufigem Erwachen (Uhrzeit!) /

Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen / Nachtschweiß / heißen Füßen / kalten

Füßen / Unruhe in den Beinen / Zähneknirschen / Sprechen im Schlaf / Alpträumen

Muss es nachts auf die Toilette? Wie oft?

Wie gestalten Sie den Tagesablauf für Ihr Kind?

Leidet Ihr Kind unter Allergien?

Pollen / Tierhaare / Hausstaub / Lebensmittel

Wie ist seine Reaktion bei Kontakt mit dem Allergen?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie aufgetreten? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister) z. B.: Diabetes **E** (für Eltern)
Diabetes / Krebs / Tuberkulose / Geisteskrankheiten / Depressionen
Selbstmord / Herzerkrankungen / Gefäßerkrankungen / Schlaganfall
Asthma / Rheuma / Nierensteine / Gallensteine / Gicht / Migräne
Schuppenflechte / Neurodermitis / multiple Sklerose /
Schilddrüsenerkrankungen

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Zähne, Kiefer:

Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig zum Zahnarzt?

Sind die Zähne saniert?

Welche Füllmaterialien wurden verwendet? Amalgam / Gold / Keramik / Kunststoff

Wurde bei Ihrem Kind eine Amalgamausleitung durchgeführt? Nein / ja (wann?)

Lunge:

Leidet Ihr Kind häufig unter Bronchitis / häufigem Husten / Bluthusten / anderen Beschwerden?

Hatte es jemals eine Lungenentzündung?

Bauchraum:

Klagt Ihr Kind häufig über Bauchschmerzen? Wenn ja, wann treten diese auf und wo lassen sie sich lokalisieren?

Stuhlgang:

täglich / unregelmäßig / jeden 2. 3. 4. Tag

Neigung zu Verstopfung / Neigung zu Durchfall

Konsistenz: breiig / hart / weich / schmierig / knollig (erinnert an Schafkot) / schnittfest

Ist der Stuhl geformt?

Farbe des Stuhls: schwarz / braun / lehmfarbig

Geruch: übelriechend / geruchlos

Hat Ihr Kind Probleme, den Stuhl zu halten?

Haut/Nägel:

Verbrennungen / Hautjucken / Warzen / Nagelpilz / anderen Pilzerkrankungen / eingewachsenen Nägeln / Nagelbettentzündungen / Geschwüren?

Bitte beschreiben Sie:

Haben Sie von Operationen oder Verletzungen Narben davongetragen? Wenn ja, wo?
Bitte beim ersten Besuch zeigen.

Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

Körpergröße: Gewicht:

Ihr Kind konnte

krabbeln mit Monaten

laufen mit Monaten

sprechen mit Monaten

Ihr Kind war trocken mit Monaten

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes?

Spontangeburt / Kaiserschnitt / Saugglocke / Zangengeburt

Wenn Frühgeburt, in welcher Woche kam Ihr Kind zur Welt?

Gab es während der Schwangerschaft irgendwelche Besonderheiten?

Haben Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen? Wenn ja, welche und wie oft?

Chronologie Ihrer Krankengeschichte

Bitte erläutern Sie tabellarisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben: