

Bianca Jagasich, Heilpraktikerin
Praxis für Traditionelle Europäische Naturheilkunde
Nelkenstr. 8
73061 Ebersbach an der Fils
07163/1290020
hp-bianca.jagasich@hotmail.com



BIANCA
JAGASICH
Heilpraktikerin

Traditionelle
Europäische
Naturheilkunde

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte sorgfältig und soweit es Ihnen möglich ist aus. Er dient als Grundlage der Untersuchung, Diagnose und Behandlung Ihres Kindes und zur Vermeidung evtl. Risiken und Nebenwirkungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte einen zusätzlichen Bogen.

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geschwister:

Adresse:

Telefonnummer:

Versicherung:

Bitte bringen Sie folgende Dinge zum vereinbarten Termin mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde
- Impfpass
- (Gelbes) Untersuchungsheft
- Beipackzettel der Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel usw., die Ihr Kind zur Zeit nimmt/in letzter Zeit genommen hat.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Was? Wo? Seit wann? Zu welcher Zeit? Wodurch besser oder schlechter?

Was war unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden? Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.

Nimmt Ihr Kind z. Zt. Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Schulmedizinische, naturheilkundliche, Vitamine, Mineralstoffe usw. Bitte Beipackzettel mitbringen.

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum? In welcher Form?

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen: Hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes mellitus Typ I oder II, Gicht, neurologische oder psychische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensprobleme, Autismus, AD(H)S, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten (Niere, Galle), Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw. Wer? Welche Krankheiten?

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 termingerecht, Narkose, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.

Gewicht, Größe und Kopfumfang bei Geburt:

Neugeborenenperiode: APGAR-Wert, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, auffällige Behaarung, Nabelentzündungen, Schiefhals, Stillprobleme, Medikamente (auch der Mutter) während der Stillzeit, Speikind, Blähungen, Drei-Monats-Koliken usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Gab es Impfreaktionen? Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen-, Darmbeschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.

Welche Infektionskrankheiten/Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen? Welche?

Entwicklungen im ersten Jahr: Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, durchschlafen usw.

Sprachentwicklung: Wann hat Ihr Kind angefangen zu sprechen? Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten usw.

Sauberkeitsentwicklung: Tags, nachts. Hat es mit Bettnässen angefangen, nachdem es schon sauber war?

Allgemeines:

- Rechts-/Linkshänder
- Friert Ihr Kind leicht oder ist es eher ein warmes/schwitziges Kind?
- Hat es Probleme mit Reiseübelkeit?
- Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?
- Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
- Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Fieberkrämpfe?

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, Schwindel, Ohrenschmalz usw.

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

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies, Zahnsperre usw.

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

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

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

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

Stuhlgang: Täglich, jeden _____ Tag, Farbe _____, Konsistenz _____, Geruch _____

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasenentzündung, Blasen-/Nierenbeckenentzündungen, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.

Genitalien:

Jungen: Hodenhochstand, Phimose

Mädchen: Ausfluss, erste Periode, Menstruationsbeschwerden

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, Nägelkauen, Blasswerden beim Drücken usw.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlafbedürfnis, Schlafzeit usw.

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

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern, fremdelnd usw.

Ängste: Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, "Räuber", Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen, Fremde, Bekannte usw.

Appetit: Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.

Nahrungsmittelverlangen/Lieblingsessen:

Nahrungsmittelabneigungen:

Durst: Keinen, wenig, viel, freiwillige Trinkmenge pro Tag: _____.
Lieblingsgetränke _____.

Bisherige Behandlungsmaßnahmen:

Themen, die ich während der Anamnese/Untersuchung nicht ansprechen soll:

Möchten Sie im Anschluss alleine mit mir reden/telefonieren?

Möchte Ihr Kind (Alter >14) alleine mit mir reden?

Bringen Sie den ausgefüllten Bogen bitte zur Erstuntersuchung mit.