

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Welche primären Beschwerden liegen vor/Grund Ihrer Konsultation?

Seit wann liegen diese Beschwerden vor, waren Sie diesbezüglich schon beim Kinderarzt oder Heilpraktiker?

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?
wenn ja welche?

Letzte Antibiotikumbehandlung (Grund)?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Impfung, Operation, Hautausschlag, auffälliges Verhalten
Medikamenteneinnahme, Kummer/Trauer/Schreck?

Bessern oder Verschlechtern sich die Beschwerden?

z.B. draußen, drinnen, abends, im Liegen, bitte Grund angeben

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen, gab es Impfreaktionen?

(Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Wesensveränderungen?)

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Hat Ihr Kind häufig (mehr als 6/Jahr) Infekte, wenn ja, welche und wie häufig?

Husten/Schnupfen

Bronchitis/Lungenentzündung

Mittelohrentzündung

Mandelentzündung

Allergien

Hat Ihr Kind Allergien?, wenn ja, welche?

Allergien der Eltern?

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Haut

Verbrennungen, Narben, Warzen, Pilze, Ekzeme, häufiges Hautjucken? Wo?

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Zähneknirschen, Nachtschweiß, Kopfschweiß vorn/hinten

Schlafzeiten

Schlaflage

(Bauch, Rücken, Seite, eingerollt, Arme abgestreckt)

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Wärmeregulation

hat Ihr Kind warme/kalte Hände/Füße tagsüber/nachts

Ernährung

Gestillt/wie lange

Vorlieben

Abneigungen

vegetarische Ernährung?

Stuhlgang? Häufigkeit, Konsistenz

Mit wie vielen Monaten konnte Ihr Kind

sich drehen

krabbeln

laufen

sprechen

Größe

Gewicht

Schwangerschaft/Geburt

Probleme während der Schwangerschaft, Medikamente in der Schwangerschaft, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Zangen- oder Saugglockengeburt

Haben Sie beim Stillen, liegen, krabbeln eine Seitenbevorzugung ausgemacht?

Sozio-emotionale und psychische Auffälligkeiten (auszufüllen für Kinder ab 3 J.)

Bestehen Ängste?

Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Räuber, Höhenangst, große Räume

Bestehen Überempfindlichkeiten?

Licht, Dunkelheit, laute Geräusche, Gerüche, Baden/Wasser o. ähnliches

Wird Ihr Kind leicht zornig oder bekommt Wutanfälle?

Schlägt es grundlos oder macht Sachen kaputt?

Wie reagiert es auf Maßregelungen und Kritik?

Weint Ihr Kind leicht und wenn ja, bei welchem Anlass?

Ist Ihr Kind sehr ordnungsliebend oder eher unordentlich?

Ist Ihr Kind sehr selbstbewußt oder sehr schüchtern?

Wie reagiert Ihr Kind auf Hektik, Eile, Unruhe?

Psychische Auffälligkeiten, die typisch für Ihr Kind sind

sonstige Hinweise: