



Anamnesebogen Kinder

Name

Geburtsdatum

tt.mm.jjjj



Vorname(n)

Geburtszeit / -ort

Adresse

Sternzeichen

Telefon

Geschwister

Es ist hilfreich, wenn Sie ein Foto Ihres Kindes zum Termin mitbringen, welches in der Patientenakte verbleiben kann.

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind? Was ist Ihr Ziel?

Wie möchten Sie Ihr Kind behandeln lassen?

Homöopathisch und Osteopathisch Ausschließlich Homöopathisch Ausschließlich Osteopathisch

Bei ausschließlich osteopathischer Behandlung reicht es, nur die körperlichen Symptome zu beantworten.

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? (seit wann?)

Vorgeschichte & Erkrankungen

Ärztliche Diagnose vorhanden?

Nein

Wenn ja, seit wann und welche?

Laufen im Moment andere Therapien parallel?

z.B. Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, Physiotherapie, Nachhilfe

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Bitte Impfausweis mitbringen

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen

Wurde Ihr Kind operiert?

Wenn ja: wo, wann, wie oft?

Gab es größere Unfälle / Traumata?

Wenn ja: wann, wie oft, wie behandelt?

Körperliche Angaben

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach

Welche Infekte lagen bisher vor, wie häufig?

z.B. Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Allergien – Nahrungsmittel

Allergien – Pollen oder andere

Stuhlgang

täglich, jeden 2. Tag, Verstopfung, Durchfall, hell/dunkel/übelriechend

Haut

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Akne, Herpes, Ekzeme

Narben durch Operationen oder Verletzungen?

Ja Nein

Schlaf

Schlaflosigkeit, Einschlafprobleme, Sprechen/Weinen im Schlaf, Zähneknirschen, Bettnässen, Nachtschreck

Schlafenszeit von / bis

Lieblingsessen

Ernährung – Verlangen / Abneigungen / Richtlinien

z.B. Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eis

Körpergröße

Gewicht

Wunschkind? Aborte davor?

Entwicklung

Erste Zähne, Laufen gelernt, Sprechen gelernt, Verzögerungen

Geburt, Wärme & Schwitzen

Wie verlief die Geburt?

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wie lange?

Wärmeregulation

Schwitzen

Kopfschweiß

Fußschweiß / Käsefüße

Gemütssymptomatik

Wird Ihr Kind leicht zornig?

Ja Nein

Wie steht es mit Schlagen und Hauen?

Ja Nein

Macht Ihr Kind Dinge kaputt?

Ja Nein

Gibt es Wutanfälle? Wie stark?

Ja Nein

Weint Ihr Kind leicht?

Ja Nein

Hat Ihr Kind einen hohen Ordnungssinn?

Ja Nein

Gibt es ausgeprägte Eifersucht auf Geschwister?

Ja Nein

Wie reagiert Ihr Kind auf Maßregelungen, Strafen, Kritik?

Wutanfälle – Details / Auslöser?

Weinen – bei welchem Anlass?

Gibt es irgendwelche Ängste?

Verhältnis zu den Geschwistern

Sozialverhalten & Vorlieben

Besonderes Verhalten in Gruppen (Kindergarten, Schule)?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Ja Nein

Hat Ihr Kind eine beste Freundin / besten Freund?

Ja Nein

Übernachtet Ihr Kind woanders?

Ja Nein

Besteht eine Prüfungsangst?

Ja Nein

Mag Ihr Kind Musik / Tanzen?

Ja Nein

Ist Ihr Kind schüchtern?

Ja Nein

Wie reagiert Ihr Kind auf fremde Personen?

Ängste vor Tieren?

Katzen Hunde

Andere Tiere:

Tiefe Traurigkeit / Kummer?

Auffällige Verhaltensweisen

z.B. Nägelkauen, Daumenlutschen, Haare drehen

Selbstvertrauen

Geistige Funktionen (Lernen, Rechnen, Konzentration, Aufmerksamkeit)

Unruhe, Hektik, Eile, Ungeduld, Schreckhaftigkeit

Lieblingsfarbe

Lieblingfilm

Lieblingsmärchen

Interne Informationen

Manche Sachen sollten und wollen wir nicht vor Ihrem Kind besprechen. Hier haben Sie Platz für Dinge, die in der Behandlung **NICHT** besprochen werden sollen, jedoch wichtig für die Behandlung sind.

⚠️ Datenschutzhinweis: Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Behandlungsvorbereitung verarbeitet und gespeichert werden. Bei Versendung per E-Mail erfolgt die Übermittlung **ohne Verschlüsselung auf eigenes Risiko**. Empfohlen: PDF ausdrucken und persönlich abgeben oder per Post senden.

Post: Julia Stickel · Im Ried 23 · 96138 Burgebrach | **E-Mail:** termine@heilpraktikerbamberg.de | **Fax:** 09546 / 59 56 221

Unterschrift (mit Maus oder Finger zeichnen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter