

## Anamnesebogen für Kinder

Vorname.....	Adresse.....
Name.....	.....
Geburtsdatum.....	Telefon.....
Geschwister.....	Email.....
Wie sind Sie an mich gekommen? .....	Versicherung.....

### **Liebe Patientin, Lieber Patient,**

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden, wann erstmalig aufgetreten, welche Seite sind die Beschwerden usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

### **Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:**

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern nicht älter als 12 Monate )
- Impfpass und U-Heft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Ein Foto

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

**Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?**

auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich

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

Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Operationen, Hautausschläge, usw.

**Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

Wenn ja, welche?

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

Allergien, Asthma, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Epilepsie  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herzinfarkt, Rheumatismus, Gicht, Arthrose,  
Arthritis, Nierensteine, Gallensteine, Übergewicht, Diabetes, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Krebs, Geschlechtskrankheiten, , Herzkrankheiten, usw.

**Schwangerschaft und Geburt:**

Untersuchungen (Fruchtwasser etc), Verlauf der Schwangerschaft, Übelkeit, Schwangerschaftsdiabetes, frühzeitige Wehen, Medikamente während der Schwangerschaft und Geburt, Unfälle, Schocksituationen, Ängste, Fehlgeburten, Lage des Kindes

**Nach der Geburt:**

Apgar, Ikterus neonatorum, Blaufärbung, Schiefhals, auffällige Behaarung; Stillen,

**Hat Ihr Kind Allergien?**

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?**

Bitte Impfausweis mitbringen

Grippe, Zecken, Tetanus, Masern, Röteln usw.

**Gab es Reaktionen?**

**Entwicklung in den ersten Jahren:**

Zahnung, motorische Entwicklung, Sitzen, Krabbeln, Stehen, Schlaf

**Sprachentwicklung:**

**Sauberkeitsentwicklung:**

**Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht:**

(Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, etc)

**Allgemeines**

Links-oder Rechtshänder?

Friert oder schwitzt es leicht?

Appetit und Durst?

Eifersucht unter Geschwistern?

Gibt es spezielle Reaktionen auf Mond oder Jahreszeiten?

Gibt es einen besonderen Seitenbezug?

## **Reagiert ihr Kind schnell mit Fieber? Gab es Fieberkrämpfe?**

### **Kopf**

Schmerzen, Schwindel

### **Haare**

### **Augen**

Rötungen, Juckreiz, Brennen, Tränen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weit-sichtigkeit, Windempfindlichkeit, Bindehautentzündungen, usw.

### **Nase**

Trockenheit der Nase, Niesreiz, Schnupfen,  
Nase verstopft, Absonderung, Nasenbluten  
häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen, Polypen usw.

### **Hals/ Mandeln**

Operation, häufig Mandelentzündungen

### **Ohren**

Probleme links, rechts, beidseitig, Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, usw.

### **Mund**

Speichelfluss, Aphten, eingerissene Mundwinkel, Herpes, usw.

### **Zähne**

Zahnungsbeschwerden, tote Zähne, Füllungen, früher/später Zahnwechsel

## **Lunge**

Bronchitis, Lungenentzündung, Auswurf

## **Bewegungsapparat**

Stolperneigung, Wirbelsäulenveränderungen, Schmerzen

## **Magen/Darm**

Verdauungsprobleme, Würmer, Blähungen, Koliken, Windeldermatitis; Stuhlgang

## **Urogenital**

Blasenentzündungen, Juckreiz; Urin

## **Genitalien:**

Jungs: Hodenhochstand, Phimose; Mädchen: Ausfluss, erste Blutung

## **Haut**

Muttermale, Warzen, Ausschläge, Neurodermitis, Pilze, Herpes, Brennen, Jucken, Wundheilung

## **Nägel**

brüchig, fleckig, Rillen

## **Schlaf**

Schlaflosigkeit, Schlaflage, Träume, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Nachtschweiss, Bettnässen

**Gibt es ein Thema, dass ich in der Anamnese in Gegenwart Ihres Kindes nicht ansprechen soll/dass sie mit mir alleine besprechen wollen?**

## Behandlungsvereinbarung

Liebe PatientInnen,

Ich wende naturheilkundliche Behandlungsverfahren an. Nicht alle dieser Verfahren sind wissenschaftlich anerkannt, aber ich wende selbstverständlich nur Verfahren an, die nach meinem Wissensstand und meiner Überzeugung dem Wohle Ihrer Gesundheit dienen.

Eine Garantie auf Heilung darf ich Ihnen nach dem Heilmittelwerbegesetz nicht geben.

Die Bedingungen der Kostenübernahme naturheilkundlicher Verfahren unterscheiden sich bei den verschiedenen privaten Krankenkassen und Zusatzversicherungen deutlich. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden sie generell nicht übernommen.

Die etwaige Differenz zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag Ihrer Versicherung ist daher von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem möchte ich Sie darauf hinweisen, dass dies eine reine Bestellpraxis mit fester Terminvergabe ist. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie daher, diesen spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls wird das volle Honorar in Rechnung gestellt. (§ 615 BGB)

Zum Zweck der Versorgung und Abrechnung werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet, also Ihre Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen etc.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Wenn Sie meine Beratung über Dienste wie WhatsApp, Telegramm oder ähnliche in Anspruch nehmen, kann ich nicht für die Sicherheit dieser Informationen garantieren und es geschieht auf Ihre eigene Verantwortung.

Hamburg, den ..... Unterschrift .....

Über alle Informationen, die ich im Laufe unserer Zusammenarbeit über Sie erhalte, gewahre ich selbstverständlich absolutes Stillschweigen.

Zu Gunsten einer möglichst umfassenden Diagnose und wirkungsvollen Behandlung setze ich mich aber gerne mit mitbehandelnden Therapeuten und Ärzten in Verbindung.

Sollten Sie dies wünschen, bitte ich Sie mich mit Ihrer Unterschrift von der Schweigepflicht zu entbinden.

Hamburg, den ..... Unterschrift .....

Vielen Dank für Ihr Verständnis und das entgegen gebrachte Vertrauen!

