



Anamnese • Fragebogen • Kinder

Praxis für NaturMedizin • Nadine Groß

Bahnhofstraße 19 • 21614 Buxtehude
Tel. 04161-554 98 98 • Fax 04161-554 98 99

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. berufl. : _____

PLZ, Ort: _____ FAX: _____

Geschwister: _____ E-Mail: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Anleitung

Bitte füllen Sie unseren Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.

• **Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?**

• **Habe Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?**

Wenn ja, welche?

• **Wie ist Ihr Kind zur Welt gekommen?**

auf normalem Wege, spontan, per Kaiserschnitt, eingeleitete Geburt, Beckenendlage

- **Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**
z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, OP, Hautausschläge, Medikamente, usw.
- **Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.
- **Welche Impfung hat Ihr Kind bekommen? Bitte den Impfausweis mitbringen.**
- **Gab es Reaktionen auf Impfungen?**
z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.
- **Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?**
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.
- **Infekte:** Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig?
- **Gibt es Allergien?**
Pollen/wann
Nahrungsmittel
Medikamente
- **Stuhlgang:** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft.
- **Haut:** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Pilze, Juckreiz, Warzen, Grind
- **Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nachtschweiß, Zähneknirschen
- **Körpergröße:** **Körpergewicht:**
- **Wann** konnte Ihr Kind **krabbeln**, **laufen**, **sprechen**, **war es trocken**
- **Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind ein?**
- **Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Nahmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente ein?**

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich beim Beantworten der Fragen gegeben haben.

Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Praxisteam