



„Gesundheit erhalten und Krankheiten schonend behandeln“

Anamnese-Fragebogen für Kinder

Gesundheitspraxis Berlin . Heilpraktikerin Renata Pelizaeus . Riehlstr. 2 . 14057 Berlin . Telefon: 030 - 3260 3676

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Familienstand	_____
Straße	_____	Beruf	_____
PLZ Ort	_____	E-Mail	_____
Tel. privat	_____	Fax	_____
Tel. geschäftl.	_____		_____

Versicherung:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Gesetzlich (AOK, DAK usw.) | <input type="radio"/> Beihilfe |
| <input type="radio"/> Private Zusatzversicherung | <input type="radio"/> Privat-Versicherung |

Anleitung

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

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte 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?	Nahrungsmittel _____ Pollen oder andere _____
Stuhlgang	täglich, jeden 2.Tag, unregelmäßig, riecht nach _____ Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw. Normale Stuhlkonsistenz wäre schnittfest!
Haut	Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
Narben	Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaf	Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen
Schlafzeit	Schlafzeit von / bis _____
Ernährung	Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja, welche? _____
Körpergröße	_____ Körpergewicht _____
Wann konnte Ihr Kind krabbeln	_____ laufen _____ sprechen _____ war es trocken _____ (Angaben bitte in Monaten)

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind derzeit ein?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?