

# Anamnesebogen für Kinder



Liebe Eltern,

der vorliegende Fragebogen dient der strukturierten Erfassung der Beschwerden Ihres Kindes und seiner Krankheitsgeschichte. Bei einer ganzheitlichen, regulativen Therapie müssen individuelle Ursachen, die zur Entwicklung eines Symptoms oder einer Krankheit geführt haben, berücksichtigt werden. Deshalb ist dieser Fragebogen sehr ausführlich und sollte von Ihnen möglichst zu Hause in aller Ruhe ausgefüllt werden. Hinter vielen Fragen finden Sie in Klammern beispielhafte Antworten, die Sie gerne einfach unterstreichen können, sofern sie zutreffen. Dabei haben die Beispiele keinen Anspruch auf Vollständigkeit, so dass Sie weitere, auf ihr Kind zutreffende Antworten, jederzeit ergänzen können.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen, aktuelle Befunde und auch alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel etc., die ihr Kind gerade einnimmt, zum nächsten Termin mit in die Praxis.

Wenn es Ihnen möglich ist, führen Sie bitte im Vorfeld des Gespräches zudem das im „Download-Bereich“ hinterlegte Ernährungstagebuch für 4-7 Tage.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

## Angaben zu Ihrem Kind

---

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

---

Geschwister

---

Kinderarzt (evtl. Name der Hebamme)

---

Gesetzlich versichert (GKV)

---

Privat versichert (PKV)

---

Zusatzversicherung/Beihilfe bei

## Rechnungsempfänger/in

---

Name, Vorname der Eltern

---

Adresse

---

Mobilfunknummer

Festnetz

---

E-Mail

**Aktuelle Beschwerden**

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind bzw. was ist der Anlass für diesen Termin?

(z. B. wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern sie sich)

---

---

---

---

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten der aktuellen Beschwerden einen Auslöser?

(z. B. Kummer, Schreck, Operation, Unfall, Impfung etc.)

---

---

Liegt Ihnen eine aktuelle Diagnose, Blutbild oder andere Befunde vor? (Bitte mitbringen)

---

---

Hat sich in letzter Zeit an der psychischen oder physischen Verfassung Ihres Kindes etwas verändert? Haben Sie besondere Auffälligkeiten beobachtet? (starke Gewichtszu- oder -abnahme, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Motivationslosigkeit?)

---

---

---

Haben Sie oder eine Bezugsperson aktuell Sorgen? (Veränderungen im sozialen Umfeld, Umzug oder sonstige außergewöhnliche Belastungen im familiären Umfeld?)

---

---

---

Nimmt ihr Kind derzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

---

---

---

## Krankengeschichte Ihres Kindes

Gab es Auffälligkeiten/ Besonderheiten während der Schwangerschaft?

---

---

Gab es Komplikationen unter der Geburt?

- Spontangeburt       Kaiserschnitt  
 Frühgeburt, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind gestillt, wenn ja, wie lange?

Bitte nennen Sie chronologisch alle bisherigen Erkrankungen, Unfälle oder besondere Lebensereignisse Ihres Kindes (Kinderkrankheiten, Operationen, Krankenhausaufenthalte)

---

---

Leidet Ihr Kind an häufig wiederkehrenden Infekten (Dauerschnupfen, Mandel- oder Mittelohrentzündungen, Bronchitis, Fieber, Krämpfe?)

---

---

Wurde Ihr Kind geimpft und wann?

- 3-fach                       5- oder 6-fach                       nein

- sonstige Impfungen (MMR, Meningokokken, Pneumokokken, Windpocken, Hep. B, Covid 19..)

Gab es Impfreaktionen? Wenn ja, welche?

---

---

Leidet Ihr Kind an Ein- und/ oder Durchschlafschwierigkeiten? (häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen, nächtliches Wasserlassen, Einnässen bei Nacht, Schlafwandeln)

---

---

Schlafzeit von / bis

Träume: Häufigkeit, Themen der Träume

---

---

Gibt es Auffälligkeiten an der Haut Ihres Kindes?

(Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Milchschorf, trockene Stellen, Ekzeme, Hautjucken, Warzen, Pilze)

---

---

---

Hat Ihr Kind bekannte Allergien? (Tierhaare, Hausstaubmilben, Medikamente, Pollen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Glutten?)

---

---

---

Hat Ihr Kind Verdauungsprobleme? Wie ist sein Stuhlgang?

Normal  täglich  jeden 2. Tag  unregelmäßig  riecht nach \_\_\_\_\_

Neigt zu Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

---

---

---

### Ernährungsgewohnheiten

Gibt es typische Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes? (Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst )

---

---

---

Oder eine Abneigung gegen süß, sauer, pikant, Fleisch, Eier, Obst

---

---

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

---

---

---

Wieviel trinkt Ihr Kind am Tag? Welche Getränke werden bevorzugt?

---

---

---

## Familienanamnese

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?  
(z. B. Diabetes, Übergewicht, Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht)

---

Väterlicherseits

---

---

Mütterlicherseits

---

Gibt es Geschwisterkinder in der Familie? Wenn ja, gibt es hier Besonderheiten?

---

---

---

Möchten Sie, dass bestimmte Themen vor Ihrem Kind in der Anamnese nicht angesprochen werden? Dann genügt ein Hinweis an dieser Stelle. Es besteht immer die Möglichkeit, diese Themen dann telefonisch zu besprechen.

---

---

---

---

---

---