



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Damit ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil so viel wie möglich an Informationen über sie und ihr Kind zu erhalten. Einige Informationen stehen im gelben Untersuchungsheft ihres Kindes. Sollten sie dennoch einige Fragen nicht beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder per Post zu.

Vielen Dank !

Ihre Naturheilpraxis für Sport & Schmerztherapie, Marion Meyer-Fetzer.

Allgemeine Angaben zum Kind:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hobbys: _____

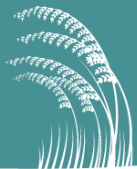
Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Tel (privat): _____ Handy: _____

Email: _____



Anschrift des Kinderarztes / Therapeuten:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: _____

Aktuelle Körpergröße: _____

Informationen zur Schwangerschaft:

Anzahl: _____

Alter der Mutter bei der

Geburt: _____

Spontanschwangerschaft/In-vitro-Fertilisation(IVF,ICSI):

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.) :

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?

Nein

Ja, wenn ja - bitte kurz beschreiben:

Informationen zur Geburt:

Spontane Geburt

Eingeleitet

(mit was, Infusion, Scheidenzäpfchen etc.?)



Lage des Kindes: (Schädellage / Beckenendlage / Sternengucker)

- Einsatz einer Saugglocke
- Einsatz einer Zange
- Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff)?
- PDA/Spinalanästhesie
- Kaiserschnitt (geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand?)

Traten während der Geburt Komplikationen auf? - Wenn ja, welche?

Nach der Geburt:

Besonderheiten nach der Geburt - z.B. Hämatome

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm Apgar: _____ /
_____ / _____

PH-Wert Nabelschnur:

Dauer des Krankenhausaufenthaltes _____ Tage

- Das Kind hat sofort geschrien
- Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt
- Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen _____ Tage (Ikterus / Gelbsucht)
- Wärmebettchen / Brutkasten / Intensivstation - Warum?:

Wurde das Kind beatmet ? Wenn ja, wieviele Tage?



Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation
Kopfes | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes | <input type="checkbox"/> Koliken |
| <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Schielen | <input type="checkbox"/> Augensenkung |

Gibt / gab es motorische Auffälligkeiten? - wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein Ja - ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen |
| <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein | <input type="checkbox"/> Sportunfälle | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben: | | |

Weitere Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen) | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen) |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben _____ | |

Wurde Ihr Kind operiert?

- Nein Ja - warum, was, wann und wie _____

Befand / befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ Kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja, - warum?

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Nein Ja - seit wann und warum ? _____

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

Nein Ja - bitte kurz beschreiben: _____

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

Nein Ja - in welchen Zeitabständen? Wie fühlt sich der Schmerz an

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

Nein Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone ?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, - welche: _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?

Nein Ja - in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)

Ort _____ Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:
