



Ganzheitliche Anamnese Kind

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Welcher Kindergarten oder Schule, ggf.Klasse:

Mutter Name, Vorname, Alter, Beruf:

Vater Name, Vorname, Alter, Beruf:

Geschwister Namen, Geschlecht, Alter:

Besonderheiten in der Familiensituation (z.B.alleinerziehend, Patchwork-Familie etc.):

Die Beantwortung der folgenden Fragen dient dem Auffinden des Mittels, das am besten zu Ihrem Kind passt. Deshalb sind auch scheinbar unwesentliche Einzelheiten bedeutsam, die mit der Erkrankung gar nichts zu tun zu haben scheinen. Es geht darum, Ihr Kind als ganzen Menschen mit allen Facetten und typischen Besonderheiten zu erfassen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Schildern Sie die Beschwerden möglichst genau, also nicht nur „Husten“ „Schmerzen“ oder „Schlaflosigkeit“. Hilfreich sind hier vor allem die „W-Fragen“:

Wo treten die Beschwerden auf? (z.B.lokal, Ausstrahlung etc.)

Wie fühlen sich die Beschwerden an? (z.B. brennend, dumpf, stechend etc.)

Wann treten sie auf? (z.B. morgens, im Stehen, nach Ärger etc.)

Was bessert oder verschlechtert? (z.B. Bewegung, Kälte, Essen, Schlaf etc.)

Was war möglicherweise ein Auslöser? (z.B. Zugluft, Kummer, Sturz, Überanstrengung etc.)

Beispiel: bellender trockener Husten, schmerzhaft in der Brust, schlechter nachts und beim Liegen, besser an der Luft

Wenn einmal der Platz nicht ausreicht, können Sie ein Zusatzblatt beilegen.
Sie können auch gerne etwas auslassen, wenn Sie dazu nichts wissen.

Bitte dann zum Termin mitbringen oder vorab per Post schicken mit einem möglichst aktuellen **Foto** Ihres Kindes.

1. HAUPTBESCHWERDEN

Bitte schreiben Sie hier alles auf, worunter Ihr Kind momentan leidet, warum Sie zur Behandlung kommen und was Sie sich erhoffen. (momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, bisherige Untersuchungsergebnisse und Therapien, Auslöser, Zusammenhänge mit besonderen Umständen, Unfällen, psychischen Belastungen etc.- siehe auch „W-Fragen“)

2. FAMILIENGESCHICHTE

Bitte möglichst genau nachforschen, welche Erkrankungen aufgetreten sind – z.B. Tuberkulose, Krebs, Herz-und Gefäßkrankung, hoher Blutdruck, Diabetes, Übergewicht, Rheuma, Magen-Darm-Erkrankung, Lungenerkrankung/Asthma, Leber-/Nierenerkrankung, Bluterkrankung, Epilepsie, Geisteskrankheit, psychische Erkrankung (Depression, Psychose...), Geschlechtskrankheit, Hautkrankheit, Allergien, Suchterkrankung etc.

- Welche Erkrankungen hat der Vater? Wie alt ist er?
- Welche Erkrankungen hat die Mutter? Wie alt ist sie?
- Was für Erkrankungen sind bei den Geschwistern bekannt?
- Welche sind von Groß- und Urgroßeltern bekannt? Ggf. in welchem Alter und woran sind sie gestorben? Weitere Krankheiten in der Blutsverwandtschaft?

3. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Wunschkind? Verlauf und Besonderheiten in der Schwangerschaft? (z.B. überwiegend glücklich, Infekte, Ängste, Aufregungen, Unfälle, Blutgruppenunverträglichkeit, soziale Probleme, vorherige Fehlgeburten, Nikotin, Alkohol, Medikamente, Impfungen, Blutungen, Erbrechen etc.)

Komplikationen kurz vor oder während der Geburt? (z.B. drohende Fehlgeburt, Wehenschwäche, Terminabweichung, Lageanomalie, Fruchtwasserfärbung, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt etc.)

Auffälligkeiten beim Neugeborenen? (z.B. Atemstörungen, Krämpfe, Nabelschnur, Gelbsucht, Schlüsselbeinbruch, Nabel-/Leistenbruch, Schiefhals, Kopfverformung etc. – gerne das gelbe Heft mitbringen wegen Gewicht/Länge/Kopfumfang/Apgar/pH-Wert Nabelschnur)

4. ALLGEMEINE ENTWICKLUNG / ERKRANKUNGEN

Auffälligkeiten in der Säuglingsphase? (z.B. viel Schreien, sehr ruhig, Spucken, schlechtes Saugen oder Gedeihen, Milchschorf, roter Po, Hautpilz, Koliken, Nabelentzündung, akute Erkrankungen etc.)

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? Gab es Probleme dabei?

Wann wurden welche Impfungen durchgeführt?

Gab es irgendwelche Reaktionen darauf? (z.B. Fieber, Müdigkeit/Apathie, Schreien, Krampfen, Wesensveränderungen, Hirnhautentzündung etc.)

Gab es Auffälligkeiten oder Verzögerungen in der bisherigen körperlichen und geistig-seelischen Entwicklung? Ist Ihr Kind gekrabbelt? (z.B. verzögertes/beschleunigtes Wachstum, früher Fontanellen-Schluss, erschwerte/verspätete Zahnung, Stottern/Lispeln, Nägelkauen, Daumenlutschen, Einnässen, spätes Gehen etc.)

Welche klassischen Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher und in welchem Alter? Wie wurde behandelt? Wie war der Verlauf, gab es Komplikationen?

Zu welchen Erkrankungen besteht eine Neigung? Wie verlaufen sie? (z.B. Schnupfen, Husten, Mittelohrentzündung, Erbrechen, Krämpfe, Fieber, Hautprobleme, Bauchschmerzen, Durchfall etc.)

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann und wie hoch? Besteht vermehrtes Schwitzen und Durst? Auffälligkeiten im Verhalten? Haben Sie fiebersenkende Mittel gegeben?

Welche Medikamente wurden ansonsten bislang gegeben und wann? (v.a. Antibiotika u. Cortison)

Sind allergische Reaktionen oder Erkrankungen bekannt? (z.B. auf Medikamente oder Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Asthma etc.)

Welche Operationen wurden in welchem Alter durchgeführt? Verlauf und Komplikationen?

Welche Unfälle haben sich wann ereignet? Gab es Schock- oder Schreckerlebnisse?

5. ALLGEMEINES

Gibt es Jahreszeiten oder bestimmte Tages- oder Nachtzeiten, die Ihr Kind besonders mag oder wo es irgendwie auffällig ist? Wie ist der Schlaf-Wach-Rhythmus?

Wird es vom Stand von Sonne und Mond, von Licht und Dunkelheit beeinflusst? Wie?

Ist es wetter- oder klimaempfindlich? Was wird wie und wodurch gestört?

Wie ist die Wärmeregulation? (z.B. kalte oder schwitzige Hände/Füße, Schüttelfrost, Frieren, gerne barfuß/nackt, nachts warme Decke, Füße herausgestreckt etc.)

Wie wird Wärme und Kälte vertragen? (z.B. Sonne, Ofenwärme, Bäder, Frost, Umschläge etc.)

Wie sieht es mit Schwitzen aus? (z.B. leicht, gar nicht, warm, kalt, klebrig, die Wäsche verfärbend, bei Anstrengung, Aufregung, nur am Kopf, nachts, mit Geruch etc.)

Auffälligkeiten während des Schlafs? (z.B. verspätetes Einschlafen, Aufwachen früh oder zu festen Zeiten, leicht oder schwer weckbar, Unruhe, Kopffrollen, Sprechen, Weinen, Lachen, Zähne-knirschen, Schlafwandeln, Zucken, Durst, Ängste, Einnässen, nur mit Licht, kommt immer zu Eltern etc.)

Wie ist die Schlaflage? (z.B. Bauch, Knie-Ellenbogen, Rücken, Seite, Haltung von Armen und Beinen etc.)

Welche auffälligen oder wiederkehrenden Träume gibt es? Wie ist die Reaktion darauf?

Wie werden Autofahren, Bahn-, Schiffs- oder Flugreisen vertragen?

Besteht besondere Druck- oder Berührungsempfindlichkeit, an welchen Stellen? Gibt es Probleme bei der Wundheilung? Entstehen leicht blaue Flecke?

Mag Ihr Kind nicht angesehen oder angefasst werden?

Verträgt es enganliegende Kleidung? (z.B. Kragen, Lätzchen, Gürtel etc.) Wie ist es mit Wolle?

Gibt es merkwürdige Absonderungen? (wo, Geruch, Farbe, Aussehen, wundmachend etc.)

Ist Ihr Kind besonders empfindlich? (z.B. auf Geräusche, Gerüche oder Licht, Veränderungen, Schmerz etc.)
Lässt es sich gern baden?

Gibt es eine bevorzugte Körperhälfte bei den Krankheitserscheinungen? (rechts, links, oben, unten, hin und her wandernd, über Kreuz)

Wie ist es mit Konzentration, Gedächtnis und Orientierung? (z.B. Zerstretheit, schnell müde, Orientierung in Raum und Zeit, Fähigkeit zum Stillsitzen, Zappelphilipp etc.)

Bestehen Lernprobleme, Schwierigkeiten im Lesen, Rechnen, Schreiben? Welche, seit wann?

Wie steht es mit Appetit und Hunger? (z.B. sehr heikel, Heißhunger, zu bestimmten Zeiten etc.)

Wie ist Essensmenge und Esstempo? Entspricht das Körpergewicht der Essensmenge?

Was ist das Lieblingsessen Ihres Kindes? (warm, kalt, süß, sauer, pikant, salzig, geräuchert, roh, gekocht, Butter, Milch, Eier, Käse, Fleisch, Wurst, Brot, Eis, Schokolade etc.)

Was mag es überhaupt nicht?

Was verträgt es nicht, und was für Beschwerden entstehen dadurch?

Hat es jemals merkwürdige/unverdauliche Dinge gegessen? (z.B. Lehm, Sand, Kreide etc.)

Wie ist der Durst? (Häufigkeit, Menge, warm/kalt, Vorlieben/Abneigungen/Unverträglichkeiten, bestimmte Tages- oder Nachtzeiten, große/kleine Schlucke, ein ganzes Glas auf einmal etc.)

Gibt es Besonderheiten zum Thema Sexualität? (z.B. Ausdrücke in der Sprache, Masturbation, Anfassen der Geschlechtsteile, Neigung sich auszuziehen etc.)

6. KÖRPERLICHE MERKMALE UND AUFFÄLLIGKEITEN

Größe: Gewicht: Körperbau und -form:

Kopf/Gesicht: (z.B. Schmerzen, Milchschorf, Haare dünn, fettig, filzig, Reaktion auf Kämmen und Waschen, Geruch, Schuppen, Läuse, Haarausfall, Flecke, Ausschläge, trockene Lippen, Herpes etc.)

Augen: (z.B. Entzündung, Sehstörung, Tränen, Absonderungen, Trockenheit, Schielen, Gerstenkorn etc.)

Nase: (z.B. Polypen, Bluten, behinderte Atmung, Schnupfen, Heuschnupfen, Niesen etc.)

Mund: (z.B. Mundgeruch, Speichelfluss, Risse, Aphten, Zungenbeläge etc.)

Zähne: (z.B. viel Karies, Verfärbungen, Wurzelprobleme, Zahnfleisch, Stellungsanomalien, Spange etc.)

Ohren: (z.B. Absonderungen, Entzündungen, Hörvermögen, Risse, Hautausschläge etc.)

Hals: (z.B. häufige Entzündungen, Mandeln, Heiserkeit, Schilddrüse, Lymphknoten etc.)

Lunge und Bronchien: (z.B. Husten, Auswurf, Atemnot, Entzündungen, Asthma, Krupp etc.)

Herz-Kreislauf: (z.B. Herzfehler, Ohnmacht, Leistungsschwäche etc.)

Magen-Darm/Bauch: (z.B. Aufstoßen, Blähungen, Übelkeit, Erbrechen, Blutungen, Juckreiz oder Rötung After, Würmer, Krämpfe, Empfindlichkeit auf Druck, Nabel- oder Leistenbruch, Blähungen etc.)

Stuhlgang: (wie oft am Tag, bestimmte Uhrzeit, Verstopfung, Durchfall, Aussehen, schmerzhaft, Blut/Schleim/Unverdautes, wundmachend, besonderer Geruch, auffälliges Verhalten vor/während/nach Stuhlgang, Einkoten etc.)

Niere, Harnwege und Geschlechtsorgane: (z.B. Fehlbildungen, Entzündungen, Ausfluss, Phimose, Hodenhochstand, vorzeitige Menses oder Schambehaarung etc.)

Urin: (z.B. häufig/selten, große/kleine Mengen, Geruch, Farbe, Beimengungen, Einnässen, auffälliges Verhalten vor/während/nach Harnentleerung etc.)

Bewegungsapparat: (z.B. Brüche, Stellungsanomalien, Skoliose, Missbildungen, Schmerzen, Ganglien, häufiges Umknicken, Trichterbrust, schnelles Wachstum, Stolperneigung, Fußfehlstellungen etc.)

Haut: (z.B. trocken, schuppig, rissig, fettig, rau, rot, pickelig, empfindlich, Ausschläge, Pigmentflecken, Warzen, Juckreiz, Furunkel, Abszesse, Akne, Behaarung, starke Reaktion auf Insektenstiche etc.)

Nägel: (z.B. Verformung, Splintern/Einreißen, weiße Flecken, Wuchs-Störungen, Entzündung etc.)

Nervensystem: (z.B. Krämpfe, Stottern, Tic, Nervosität, Lähmungen, Zittern, Zucken, schreckhaft etc.)

7. GEMÜT / VERHALTEN / GESTIMMTHEIT

Wie ist die Grundstimmung, welche Verhaltensweisen sind für Ihr Kind typisch?
Bitte hier näher beschreiben.

Welche Sozialkontakte bestehen? Wie verhält sich Ihr Kind bei anderen Kindern? (z.B. viele oder wenige Freunde, spielt lieber alleine, gibt den Ton an, ordnet sich eher unter, lieber mit Älteren etc.)

Wie verhält es sich bei Erwachsenen, z.B. Verwandten, Fremden, Alten, Behinderten? (z.B. sehr scheu, vorlaut/altklug, braver als zu Hause, ängstlich, frech, hilfsbereit etc.)

Wie ist das Verhalten im Kindergarten oder in der Schule? Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern Erziehern oder Mitschülern?

Wie ist es mit Ehrgeiz? (z.B. sehr wenig, normal, übertrieben, bitte beschreiben. War das immer so?)

Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind? Weint es sehr leicht? Wie ist die Reaktion auf Kummer? (z.B. lässt es sich gern trösten oder zieht es sich eher zurück) Gab es einen größeren?

Welche Ängste gibt oder gab es? (z.B. Dunkelheit, Alleinsein, Einbrecher, Tiere, Geister, Höhen, Strafe, Sünde, Prüfungen, Versagen, Platzangst, Gewitter, Personen, Krankheiten etc.)

Was gibt es zum Thema Gewissen zu sagen? (z.B. Gerechtigkeitsinn, Lügen, Stehlen, Reaktion auf Strafen, Gewissensangst, Skrupel etc.)

Wie ist es mit Ordnung und Reinlichkeit? (z.B. Spielsachen, Schultasche, Kleidung, Waschen etc.)

Zeigt es Mitgefühl oder Mitleid, wie genau?

Wie ist der Umgang mit Geld? (z.B. verschwenderisch, sparsam, Betrügen, Stehlen etc.)

Neigt es zu Wut- und Zornausbrüchen oder Gewalttätigkeit? Wie sieht das aus? Was sind die Auslöser?

Wie sind die Reaktionen auf Verlieren bei Sport und Spiel, Kritik, Tadel, Spott?

Spezielle Beziehung zu Pflanzen oder Tieren? (auch negativ, z.B. Neigung zum Quälen)

Wie ist es mit Selbstvertrauen und Mut? (z.B. unsicher, draufgängerisch, vorsichtig, Selbstzweifel etc.)

Ist es oft eifersüchtig? (bitte näher beschreiben)

Ist Religion wichtig? Wie zeigt sich das?

Was macht Ihr Kind am liebsten? (z.B. Sport, Musik, Tanzen, Lesen, Filme, Basteln, Malen, draussen mit anderen, Computer etc.)

Wie ist es mit Phantasie und Einfallsreichtum?

Welche Lieblingsgeschichten, -märchen, -filme gibt es?

Welches ist gerade die Lieblingsfarbe?

Gibt es sonst noch etwas zu erwähnen?

Vielen Dank! Bitte an das Foto denken.

Praxis für Ganzheitliche Medizin

Reiter Straße 37 • 83527 Haag • Telefon 080 72 | 28 25
praxis@ganzheitlich-aerztlich.de • www.ganzheitlich-aerztlich.de



Dr. med.
Elisabeth Höppel

Ärztin für
Homöopathie
Akupunktur
Naturheilverfahren
Orthopädie