

Anamnesefragebogen für Kinder

Stefanie Schama

Praxis für klassische Homöopathie & Energiemedizin

Heilig-Kreuz-Straße 4, 86152 Augsburg

Folgende Angaben helfen uns, Ihr Kind in seiner Gesamtheit als eigenständige Persönlichkeit besser zu verstehen, um es auf seinem Heilungsweg optimal begleiten zu können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit.

Vorname Name		Geburtstag	
Straße		Blutgruppe	
PLZ-Ort		Gewicht	
Geschwister		Größe	

Kontakt Elternteil / Eltern

Vorname Name		Telefon	
Beruf		E-Mail	

Ist Ihre Adresse die gleiche wie die des Kindes? Ja ☐

Nein, folgende:

Beziehung der Eltern: verheiratet ☐, Lebensgemeinschaft ☐, getrennt ☐, alleinerziehend ☐, weiteres: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Krankenversicherung

Über wen ist das Kind versichert? ☐ Mutter ☐ Vater
☐ Privat, ☐ Beihilfe, ☐ Zusatzversicherung, ☐ Selbstzahler*in.

Name der Krankenkasse:

Rechnungsempfänger:

Rechnungsadresse (falls abweichend von obigen Angaben):

Allgemeine Angaben

Nennen Sie die drei wichtigsten Wünsche zur Verbesserung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes:

1.

2.

3.

Nennen Sie die drei Hauptbeschwerden Ihres Kindes und seit wann diese bestehen:

1.

2.

3.

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ein besonderes Vorkommnis?

z.B. Umzug ☐, Schock ☐, Trauerfall ☐, Unfall ☐, Infekt, und zwar: _____,
sonstiges: _____

Hat Ihr Kind folgende Medikamente bekommen?

Antibiotika, Cortison, Mittel gegen Pilzbefall, Mittel gegen Würmer. Bitte kurz (!) aufzählen:

Neigt Ihr Kind zu immer wiederkehrenden Erkrankungen?

Schnupfen ☐, Husten ☐, Ohrenschmerzen ☐, Bronchitis ☐, Magen-Darm-Beschwerden ☐, Blasenentzündung ☐, weitere: _____

Dauern diese Infekte ungewöhnlich lange an?

Ja ☐, nein ☐

Litt Ihr Kind schon mal unter folgenden Beschwerden?

Geschwollene Drüsen ☐, eitrige Mandeln ☐, entzündete Augen ☐, Blasenentzündung ☐, Ausfluss ☐

Kopfschmerzen: einseitig rechts ☐, einseitig links ☐, beidseitig ☐

Gelenkschmerzen, wenn ja, wo: _____

Gab es Operationen, wenn ja, welche und wann: _____

Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister...

z.B. Asthma ☐, Bronchitis ☐, Lungenentzündungen ☐, Tuberkulose ☐, Diphtherie ☐, Hauterkrankungen ☐, Blasenentzündungen ☐, Steinleiden (Galle, Nieren, Blase) ☐, Diabetes ☐, Rheuma ☐, Krebs ☐, Suchtleiden ☐, Geschlechtskrankheiten wie Tripper, Syphilis ☐, weitere: _____

Welche der folgenden (Kinder-)Krankheiten“ hatte Ihr Kind bereits?

Masern ☐, Mumps ☐, Röteln ☐, Scharlach ☐, Dreitagefieber (Exanthema subitum, Roseola infantum) ☐, Ringelröteln (Erythema infectiosum) ☐, Windpocken (Varicellen), Keuchhusten ☐, weitere (z.B. Pfeiffersches Drüsenfieber): _____

Wie wurden die Infektionen behandelt (z.B. mit fiebersenkenden Mitteln)? _____

Hatte Ihr Kind Covid 19?

Nein (nicht dass ich wüsste) ☐, ja ☐ - gab es Auffälligkeiten, hielten die Beschwerden lange an, ist etwas zurückgeblieben etc. ? _____

Verhalten & Schlaf

Hat/hatte ihr Kind Schwierigkeiten in der Schule oder im Kindergarten?

Nein ☐, Konzentrationsschwierigkeiten ☐, Verdacht oder Diagnose ADS, ADHS ☐, Schwierigkeiten mit andern Kindern ☐, prügelt sich oft ☐, streitet oft ☐, ist ein Einzelgänger ☐, lässt sich viel gefallen ☐, kann nicht gut alleine spielen ☐, weiteres: _____

Hat es eine Verzögerung in der Entwicklung?

Sprache ☐, Motorik ☐, Verdacht auf Autismus ☐, Autismus Formen ☐, weitere _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bringen Sie diesen Bogen zum 1. Termin mit oder senden Sie uns diesen gerne vorab per mail zu: info@praxis-schama.de, www.praxis-schama.de

