

## Erstanamnese-Bogen

Datum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Eltern (Vor- und Nachname, Alter, Familienstand)  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

**Allgemeinzustand:**    **1**    **2**    **3**    **4**    **5**    **6**    (bitte benoten Sie)

derzeit Fieber oder Infekte? ja / nein      bekannte Zeckenbisse?    Ja/nein    Wann?

Auslandsaufenthalte in den letzten 6 Monaten:      ja/nein      Wann?      Wo?

Impfungen – alle / keine / fehlende / Impfreaktionen:

Allergien:

Behinderungen: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Ernährungsform: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufsuchen:** (bei Bedarf zusätzliches Blatt verwenden)

Was?

Wo im Körper?

Wie? z.B. Schmerzcharakter – stechend, dumpf..., Schmerzintensität: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)

seit Wann?

Auslöser?

Was verschlimmert?

Was lindert?

Verlauf: akut, chronisch, bestimmte Tageszeiten, im Zusammenhang mit ...?

Beschwerden wurden schulmedizinisch untersucht:    ja/nein      von:

**Eigen- / Familienanamnese:** (bitte zutreffendes benennen)

	<b>Eigene Vorerkrankungen</b>	<b>in Familie bekannt</b>
Schilddrüsenerkrankung		
Diabetes mellitus 1 / 2		
Gicht, Rheuma		
Fettstoffwechselstörung /Übergewicht		
Schlaganfall		
Epilepsie		
Multiple Sklerose		
Morbus Parkinson		
Demenzerkrankungen		
Herz- Kreislauferkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Tumorerkrankungen		
Infektions- /Kinderkrankheiten		
Hautkrankheiten		
Psychische Erkrankungen		
Verdauungsprobleme		
Traumen/OP's/Unfälle/Verletzungen		

**Ihr Kind neigt zu anderen Erkrankungen:**

**Krankengeschichte Ihres Kindes** (Kurzfassung: Krankenhausaufenthalte, Diagnosen, Operationen, Allergien/Unverträglichkeiten)

**Welche Medikamente nimmt Ihr Kind derzeit ein?**

**Verlauf von Schwangerschaft und Geburt:** Auffälligkeiten, Komplikationen, Geburtsweg, Medikamenteneinnahme/Nikotin/Alkohol-Konsum der schwangeren Mutter, Ängste/Traumata...

**Ernährungsanalyse:**

<b>Wieviele Mahlzeiten essen Sie täglich?</b>	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
<b>Essen Sie zu regelmäßigen Tageszeiten? Wann?</b>	Ja / Nein
<b>An wievielen Mahlzeiten am Tag essen Sie Obst, Gemüse, Frischkost?</b>	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
<b>Wie oft essen Sie:</b> (bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen) <b>Brot, Nudeln, Reis, Kartoffeln, Müsli, Cornflakes, Süßigkeiten, Eiscreme, Energieriegel...</b>	
<b>Wie oft essen Sie davon Vollkornprodukte?</b>	täglich / wöchentlich Menge:
<b>Wie oft essen Sie:</b> (bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen) • <b>Fleisch, Wurst, Käse, Eier, Fisch, Milch, Joghurt, Quark, vegetarische Ersatzprodukte</b>	
<b>Kaufen Sie bevorzugt Bioprodukte oder Supermarktqualität?</b>	bitte unterstreichen
<b>Wie oft essen Sie vorgewürzte Fertigprodukte</b> wie Tiefkühlmenüs, Dosensuppen, Pulverkonzentrate zum Kochen und Backen, Geschmacksverstärkende Würze z.B. Maggi, Glutamat, Aromat	bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen
<b>Kochen Sie selbst oder lassen Sie sich bekochen bzw. beliefern?</b>	bitte unterstreichen
<b>Welche Quellen für Fettzufuhr verwenden Sie?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Margarine, Cremefine o.ä.</li> <li>• Palmfett, Kokosfett u.ä. gehärtete Bratfette</li> <li>• Sonnenblumenöl, Distelöl</li> <li>• Butter, Schweine-/Gänsemalz</li> <li>• Rapsöl</li> <li>• Olivenöl</li> <li>• Avocado</li> <li>• Leinöl</li> <li>• Haselnüsse, Walnüsse, Cashewnüsse, Mandeln, Macadamianuss</li> <li>• Sesam, Chiasamen, Leinsamen</li> <li>• Fettreichen Fisch z.B. Lachs, Heilbutt, Aal</li> </ul>	bitte ankreuzen und ggf. unterstreichen
<b>Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie täglich?</b>	ca.                      Liter
<b>Was trinken Sie vorwiegend täglich, was selten?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wasser, ungesüßten Tee</li> <li>• Saftschorle, Saft, Limonade</li> <li>• Bier, Radler etc.</li> <li>• Kaffee, schwarzenTee, Cappuccino</li> </ul>	bitte ankreuzen und ggf. unterstreichen
<b>Pflegen Sie einen individuellen Ernährungsstil / Diät? Welchen? Ernährungs-Besonderheiten?</b>	

**körperliche und geistige Entwicklung Ihres Kindes:**

	altersgerecht	Auffälligkeiten
<b>Grobmotorik</b> (Laufen, Werfen, Fangen, Balancieren, Springen, Klettern...)		
<b>Feinmotorik</b> (malen, schreiben, basteln, schneiden...)		

Sprechen		
Wahrnehmung		
Kreativität / Neugier		
Wachstum		
sauber werden		
soziales Verhalten		
schulische Leistungen		
...		

**Rollstuhl o.a. Hilfsmittel:**

**Brille: ja / nein**

**Hörgerät: ja / nein**

**Nebenbeschwerden:** (zutreffendes ankreuzen)

**allgemein:**

<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt
<input type="checkbox"/> Leistungsknick	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/> diffuser Juckreiz
<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Fieber, erhöhte Temperatur

**Schmerzen:**

<input type="checkbox"/> Ja / Nein	<input type="checkbox"/> beim Wasserlassen/Stuhlgang <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Gelenke <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Arme, Beine <input type="checkbox"/> Bauch
Schmerzintensität: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)	
Schmerzcharakter – stechend, dumpf...,	

**Verdauung:**

<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> vor, während, nach Essen	<input type="checkbox"/> Magendruck
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Blähungen
<input type="checkbox"/> häufiger Schluckauf	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit, Abneigungen gegen ...
<input type="checkbox"/> Eß- und Trinkverhalten auffällig	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten
<input type="checkbox"/> besondere Diät / Ernährungsmethode	<input type="checkbox"/> Verlangen nach...
<input type="checkbox"/> Stuhlbeschwerden: Schmerzen, Durchfall, Verstopfungen ...	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in Menge, Farbe, Beschaffenheit, Beimengungen z.B. Blut

**Schlaf:**

<input type="checkbox"/> Ein-, Durchschlafstörungen,	<input type="checkbox"/> Alpträume
<input type="checkbox"/> Knirschen, Kieferpressen	<input type="checkbox"/> Wann einschlafen:
<input type="checkbox"/> Schnarchen, Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> Wann aufwachen:
<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit

**Atmung:**

<input type="checkbox"/> ständiges Räuspern, Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Kloßgefühl, Halsschmerzen
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> seit wann?
<input type="checkbox"/> Auswurf(weiß, gelb, rötlich, braun)	<input type="checkbox"/> Atembeschwerden/Atemnot
	<input type="checkbox"/> in Ruhe
	<input type="checkbox"/> bei körperl./psych. Belastung

**Kreislauf:**

<input type="checkbox"/> Schwindel, Ohnmacht, schwarzwerden vor Augen, Sterne sehen	<input type="checkbox"/> Druck im Brustbereich
<input type="checkbox"/> Unruhe, Aufgeregtheit	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße	<input type="checkbox"/> Herzjagen, Herzstolpern
	<input type="checkbox"/> Kribbeln, Missempfindungen

**Hautprobleme:**

<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Färbungen: rot, weiß, bläulich, braun
<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> schnell blaue Flecke
<input type="checkbox"/> Wunden / Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schuppungen
	<input type="checkbox"/> Leberflecke, Hautveränderungen
<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Ekzeme / Ausschlag

**Gynäkologischer Befund bei jugendlichen Mädchen:**

erste Regel:	
Blutungsstärke: schwach, normal, stark	Verhütung?
Regelbeschwerden:	
Sekretaustritt aus der Scheide:	
Brustbeschwerden:	

**Harn- und Geschlechtsorgane:**

<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Nierengegend	<input type="checkbox"/> Veränderungen von Harnmenge- und Farbe
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Inkontinenzerscheinungen
<input type="checkbox"/> Rötungen, Schwellungen	<input type="checkbox"/> Bettnässen

**Arme und Hände**

<input type="checkbox"/> steife oder geschwollene Gelenke	<input type="checkbox"/> bewusste Eigenverletzungen
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Gefühlstörungen
<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Nägel

**Beine und Füße:**

<input type="checkbox"/> Fehlstellungen / Haltungsfehler	<input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe
<input type="checkbox"/> Schmerzen der Gelenke	<input type="checkbox"/> Wachstumsschmerzen
<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwellungen
<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Nägel	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit / Stolperneigung

**Kopfbereich**

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/> Haarausfall / Milchschorf	<input type="checkbox"/> Augen-bzw. Sehprobleme
<input type="checkbox"/> Ohren- bzw. Hörprobleme	<input type="checkbox"/> Sekretaustritt aus den Ohren
<input type="checkbox"/> Probleme mit Lippen-, Mund-, Kieferbereich	<input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten
	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> häufiger oder langanhaltender Schnupfen, verstopftes Gefühl	<input type="checkbox"/> Material der Zahnfüllungen
	<input type="checkbox"/> Geruchsstörungen
<input type="checkbox"/> Karies, weiße Flecke an den Zähnen	<input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen

**Allgemeine Lebensführung**

<input type="checkbox"/> auffallend viel Durst <input type="checkbox"/> welche Getränke:	<input type="checkbox"/> schwitzt viel <input type="checkbox"/> Heißhunger
<input type="checkbox"/> Nikotin/Alkohol/Drogen bei den Eltern:	<input type="checkbox"/> Suchtverhalten des Kindes:
<input type="checkbox"/> seelische Verfassung: 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)	<input type="checkbox"/> Stressbelastung: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)
<input type="checkbox"/> kaum/keine Freunde	<input type="checkbox"/> Familienstreitigkeiten / ohne Familie
<input type="checkbox"/> Probleme mit Eltern/Geschwistern	<input type="checkbox"/> Probleme mit Erziehern/Lehrern
<input type="checkbox"/> besondere Belastungen in der Familie z.B. Pflege Angehöriger, Trennung, Patchwork-Familie, alleinerziehend	
<input type="checkbox"/> Wohnverhältnisse 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)	<input type="checkbox"/> Lernbedingungen: 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)
<input type="checkbox"/> Schadstoffe / Schimmelpilze/ E-Smog	<input type="checkbox"/> reagiert empfindlich auf...
<input type="checkbox"/> bereits angewendete Naturheilverfahren:	<input type="checkbox"/> Sport: ja / nein    Sportart:
<input type="checkbox"/> Haustiere:	<input type="checkbox"/> Hobbys:
<input type="checkbox"/> wöchentliche Terminplanung: Schule, Hobbys, Therapien, Vereine, freie Zeiten zur Entspannung	

**Persönlichkeit: Ihr Kind ist eher...**

<input type="checkbox"/> intervertiert	<input type="checkbox"/> extrovertiert
<input type="checkbox"/> kontaktscheu	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> übermütig
<input type="checkbox"/> bleibt ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/> regt sich schnell auf
<input type="checkbox"/> Minderwertigkeitskomplexe	<input type="checkbox"/> selbstbewusst
<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> zielorientiert
<input type="checkbox"/> pessimistisch	<input type="checkbox"/> optimistisch
<input type="checkbox"/> skeptisch	<input type="checkbox"/> gutgläubig
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> unausgeglichen
<input type="checkbox"/> strukturiert	<input type="checkbox"/> chaotisch
<input type="checkbox"/> ordentlich	<input type="checkbox"/> unordentlich
<input type="checkbox"/> sachlich	<input type="checkbox"/> emotional
<input type="checkbox"/> überlegt, planerisch	<input type="checkbox"/> spontan
<input type="checkbox"/> zuverlässig	<input type="checkbox"/> unzuverlässig
<input type="checkbox"/> willensschwach	<input type="checkbox"/> willensstark
<input type="checkbox"/> diszipliniert	<input type="checkbox"/> undiszipliniert
<input type="checkbox"/> harmoniebedürftig	<input type="checkbox"/> streitlustig
<input type="checkbox"/> konfliktscheu	<input type="checkbox"/> dominant
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> durchsetzungskräftig
<input type="checkbox"/> kann schlecht „nein“ sagen	<input type="checkbox"/> kann gut „nein“ sagen
<input type="checkbox"/> Entscheidungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> entscheidungsfreudig
<input type="checkbox"/> verantwortungsbewusst	<input type="checkbox"/> leichtfertig
<input type="checkbox"/> perfektionistisch	<input type="checkbox"/> nachlässig
<input type="checkbox"/> kann sich gut konzentrieren	<input type="checkbox"/> lässt sich schnell ablenken
<input type="checkbox"/> verträumt	<input type="checkbox"/> zappelig, unruhig
Selbstkontrolle des Kindes: <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> niedrig Fremdkontrolle durch Eltern: <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> niedrig	

**besondere Ängste / psychische Probleme:**

**Wünsche, Träume, Sehnsüchte, Ziele Ihres Kindes**