

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)

	Eigene Vorerkrankungen	in Familie bekannt
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:

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

körperliche und geistige Entwicklung Ihres Kindes:

	altersgerecht	Auffälligkeiten
Grobmotorik (Laufen, Werfen, Fangen, Balancieren, Springen, Klettern...)		
Feinmotorik (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