

## Naturheilpraxis Christiane Kusche

Hauptstrasse 19

67133 Maxdorf

Tel. 06237 – 9759750



Anamnesebogen von:

Vorname

Name

Straße

PLZ – Ort

Tel. privat

E-Mail

Geburtstag

**Geschwister** mit Alter

Körpergröße

Gewicht

### **Versicherung:**

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Zusatzversicherung

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Wer hat mich empfohlen?

### **Anleitung**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Sie können natürlich auch die Rückseiten benutzen. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Fragen Sie auch Ihr Kind, es erinnert sich oft genau, wann es krank war und wie es ihm da ging.

**Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an mich? Was ist Ihr Ziel?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

**Welche Krankheiten/Ereignisse sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten,

Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose

Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Andere:

**Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, an welche erinnern sie sich besonders?

**Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Infektionen nach Zeckenbissen, usw.

**Infekte:**

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung,  
Blasenentzündungen, Nasennebenhöhlenentzündungen

Wenn ja, wie häufig, wann zuletzt?

**Allergien:**

Pollen, welche und zu welcher Zeit:

Nahrungsmittel, welche und seit wann:

andere:

**Stuhlgang:**

täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig,

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhlgang wechselhaft

Stuhl hell, dunkel

hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig usw.

**Normale Stuhlkonsistenz: „schnittfest“**

**Haut:**

**Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze**

wo, wie groß und seit wann:

**Flecken**

wo, welche Farbe und seit wann:

**Narben** durch Operationen oder Verletzungen?

wo, wie groß und seit wann:

**Schmerzen:**

**Körperregion**

**Qualität**

punktförmiger Schmerz, unklare Schmerzlokalisierung,  
ausstrahlender Schmerz - in welche Richtung

**Stärke**

leicht, dauernd, wann, wann mehr usw.

**Schlaf:**

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen - um welche Uhrzeit meistens?

Schwierigkeiten beim Einschlafen,

Sprechen im Schlaf, Zähneknirschen,

Nachtschweiße,

häufiges Bettnässen wie oft, seit wann, wann zuletzt

**Schlafzeit** von / bis

## **Ernährung:**

**Verlangen** nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst

(evtl. ungewöhnliche) Lieblingsspeisen:

**Abneigungen** gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst

(evtl. ungewöhnliche) Abneigungen gegen:

**Was und wie viel wird getrunken?**

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

Falls ja, welche?

**Wann konnte Ihr Kind** (bitte alles in Lebensmonaten)

krabbeln                      laufen                      sprechen?

**Wann war es trocken?**

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft oder Geburt?**

**Haben Sie damals Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?**

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?**

## Chronologie der Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die ihr Kind durchgemacht hat.

im Jahr	Art der Erkrankung

Erziehungsberechtigte:

Mit ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Std. vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

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