



Anamnesebogen / Chinesische Medizin

Liebe Eltern,

eine sorgfältige Anamnese macht eine individuelle und effektive Therapie möglich. Um Ihr Kind ganzheitlich zu erfassen, ist eine Vielzahl von Informationen hilfreich. Bitte unterstreichen Sie bei den angegebenen Beispielen das jeweils Zutreffende und machen Sie auch gerne erläuternde Ergänzungen. Wenn Sie für eine Antwort mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite. Im gemeinsamen Gespräch werden wir die wichtigen Punkte vertiefen, um die bestmögliche Therapie für Ihr Kind zu finden.

Bitte bringen Sie zu dem Untersuchungstermin alle ärztlichen Befunde, das gelbe Untersuchungsheft, den Impfpass und diesen Anamnesebogen mit.

Vielen Dank!

Name, Vorname (des Kindes):

Geburtsdatum, -ort, wenn bekannt auch die Zeit:

Adresse:

Beruf:

Tel.-Nr: (Festnetz):

Tel.-Nr: (Mobil):

Email-Adresse:

Wer hat sie empfohlen?

Kinderarzt:

Krankenversicherung:

Wegen welcher Beschwerden sind Sie gekommen? Wo sind diese, seit wann, zu welcher Tageszeit, was verbessert und was verschlechtert die Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden? Eine Infektion, Unfall, OP, Umzug, Impfung, Trennung, Todesfall im Umfeld, Ängste oder andere Belastungen?

Nimmt Ihr Kind **Medikamente** oder Nahrungsergänzungsmittel?

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Kortison genommen? Wann und warum?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übergewicht, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Allergien, Neurodermitis, Asthma, Schuppenflechte, Zöliakie, Tuberkulose, Schizophrenie, Depression, Ängste, Zwänge, Alkoholismus, andere Suchterkrankungen, Bulimie, Anorexie, Selbstmord, Todesfälle unter 60 Jahren

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlichseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Häusliche Situation: Geschwister (Alter+ Geschlecht , gutes/ normales/ schlechtes Verhältnis), Eltern harmonisches/ „normales“/ konfliktreiches Paar, Patchworkfamilie, alleinerziehend, eigenes Zimmer, Möglichkeit zum Draußenspielen, selbstgekochte Mahlzeiten pro Woche (), Bitte schätzen Sie ungefähr ihr eigenes Energieniveau sowie das ihres Partners ein (100% entsprechen guten Energiereserven und 0% entsprechen kompletter Überforderung, Mutter: , Vater:)

Schwangerschaft und Geburt: Pflege- oder Adoptivkind, Hilfe bei Zeugung (Hormongabe, ICSI, IVF, Insemination etc.), Fruchtwasserentnahme, Chorionzottenbiopsie, Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente während Schwangerschaft, starke Übelkeit in Früh-Schwangerschaft, vorzeitige Wehen, Blutungen, Überlegungen zur Abtreibung, emotionale oder arbeitsmäßige stärkere Belastungen, Nikotin, Alkohol, Drogen, Frühgeburt, Kaiserschnitt, PDA, Narkose, traumatische Geburt, ungewöhnliche Kindslage, Saugglocke, Zange

Neugeborenenperiode: Trennung von der Mutter, schlechter Apgar, Krankenhausbetreuung notwendig, Schiefhals, Stillprobleme, Speihkind, Blähungen, viel geschrien, Zahnungsbeschwerden

Impfungen: nach Stiko (öffentliche Impfempfehlung) oder abweichendes Schema? Zu welchem Zeitpunkt begonnen? Hat es negative Impfreaktionen gegeben?

Welche **Kinderkrankheiten** hat Ihr Kind durchgemacht und in welchem Alter?

Andere Erkrankungen? Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, andere Erkrankungen (außer Erkältung oder Magendarminfektion) oder Krankenhausaufenthalte (wenn ja Antwort bitte auf Rückseite)?

Entwicklungsschritte: In welchem Alter (in Monaten) konnte Ihr Kind krabbeln (), frei laufen (), 2-Wort-Sätze (), ohne Windeln sein ()?

Wann ist Ihr Kind in die **Kita/Krippe** gekommen und für wieviele Stunden? Wie war der Einstieg, geht es gerne hin?

Schule: Geht Ihr Kind gerne zur Schule? Hat es einen Freundeskreis? Gibt es Mobbing? Ist es selber mit seinen Leistungen zufrieden? Sind Sie als Eltern mit den Leistungen zufrieden? Haben Sie das Gefühl, Ihr Kind kommt leicht, relativ gut oder eher mühevoll mit den Anforderungen des Schulsystems zurecht.

Freizeit: Hat Ihr Kind Hobbys, spezielle Interessen? Was spielt es besonders gerne?

Wieviel Stunden ist Ihr Kind durchschnittlich pro Tag an der frischen Luft (Winterhalbjahr vs. Sommerhalbjahr)?

Wieviel Zeit ist Ihr Kind pro Tag vor dem Fernsehen, Computer oder smartphone?

Hat Ihr Kind eher einen regelmäßigen oder einen unregelmäßigen Tagesablauf?

Ist Ihr Kind eher fröstelnd, normal temperiert, warm/schwitzig oder wechselhaft?

Schlaf: Wieviel Stunden pro Nacht schläft Ihr Kind (h)? Wie lange braucht Ihr Kind beim Einschlafen (min)? Schläft es alleine oder mit Ihrer Unterstützung (Kuscheln, Singen, Stillen, Geschichte, Dabeisitzen) ein? Schlägt es mit dem Kopf, um einzuschlafen? Schläft es eher mit dem Kopf nach oben oder nach unten?

Wie oft wacht Ihr Kind pro Nacht auf (Mal)? Wie lange ist es dann wach (min)? Ist es nach dem nächtlichen Aufwachen hellwach und will mitten in der Nacht spielen? Weint es schon während des Schlafes vor dem eigentlichen Wachwerden? Hat Ihr Kind Angst beim Einschlafen und nächtlichem Aufwachen? Wird das besser, wenn ein Licht brennt? Gibt es das Phänomen des abendlichen Aufdrehens aber nachmittäglicher Müdigkeit, schlechte Träume, Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf oder Bettnässen?

Ernährung: Bitte schildern Sie auf der Rückseite einen typischen Tag mit all seinen Mahlzeiten/ Zwischenmahlzeiten und Getränken, Appetitlosigkeit, übermäßiger Appetit, unkomplizierter oder wählerischer Esser, Vorliebe für Süß/Sauer/Salzig/Pikant/Fleisch oder Ei/ Obst und Rohkost/ gekochtes Gemüse, Abneigung gegen Süß/Sauer/Salzig/Pikant/Fleisch oder Ei/ Obst und Rohkost/ gekochtes Gemüse, Einhalten einer bestimmten Ernährungsrichtlinie, Wieviele und welche Milchprodukte konsumiert Ihr Kind pro Tag (Antwort bitte auf der Rückseite, wenn nicht schon ausreichend beim typischen Tag)? Trinkt Ihr Kind nach Verlangen oder Vorgabe? Eher wenig/normal oder viel? Lieber kalt oder warm?

Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen, u.a.?

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Ringe unter den Augen (bläulich, rötlich, violett, bräunlich), Fehlsichtigkeit, u.a.?

Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten, u.a.? Wieviele Erkältungen hat Ihr Kind pro Jahr ()? Gefühlt im Winter durchgehend erkältet?

Mund: Mundgeruch, erhöhter Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Mundwinkeln, Soor, u.a.?

Zähne: Zahnungsbeschwerden, tote Zähne, Karies, u.a.?

Hals: Mandelentzündung, Heiserkeit, Pseudokrapp, verdickte Lymphknoten, Schilddrüsenstörungen, u.a.?

Lunge: Neigung zu Bronchitis, viel Auswurf, Lungenentzündung gehabt, Asthma, Inhalation notwendig gewesen, eher kräftige oder zarte Stimme, u.a.?

Bewegungsapparat: Muskelspannung eher kräftig/normal oder schlapp, Fehlstellungen, Schmerzen, Krampfneigung, kalte Hände/Füße, Stolperneigung, u.a.?

Magen-Darm-Trakt: Neigung zu Magen-Darm-Infekten, Aufstoßen, Blähungen, eher weicher Stuhl oder Verstopfung, wie oft Stuhlgang pro Woche (Mal), Farbe (), Geruch stark oder normal, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis, gehäuft Übelkeit, u.a.?

Harntrakt: Schmerzen, Neigung zu Blasenentzündung, Fehlbildung, Urinmenge niedrig/normal oder hoch, Farbe hell/normal oder dunkel, Geruch stark/normal oder schwach, u.a.?

Geschlechtsorgane: Jungen: Hodenhochstand, Phimose; Mädchen: Ausfluss, vaginaler Juckreiz, wann erste Mens (), Menstruationsbeschwerden, u.a.

Haut: eher rote Wangen/ normal frisch/ blass, trocken, fettig, Neigung zu Rötungen, Quaddeln, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Neurodermitis, Narben!, Muttermale, Neigung zu blauen Flecken, gute oder schlechte Wundheilung, u.a.?

Schweiß: keinen, wenig, viel, auffälliger Geruch? Haben Sie an Ihrem Kind einen anderen besonderen Geruch wahrgenommen (z.B. sauer, fischig, muffig, süßlich, streng,...)? Wo am Körper?

Immunsystem: Infektanfälligkeit, Allergien, wenn erkrankt dann eher heftig und kurz oder länger und milde, u.a.? Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wie hoch? Gab es Fieberkrämpfe?

Stimmung/Temperament/Sozialverhalten: eher tobig oder ein „Mal-Lesekind“, ausgeglichen, fröhlich, wechselhaft, Neigung zu Überdrehen, traurig, zurückhaltend, weinerlich, klammernd an enge Bezugspersonen, mutig, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, kann gut mit anderen Kindern auskommen, streitet viel mit anderen Kindern, Trennungsängste, u.a.?

Gibt es etwas, das Ihnen an Ihrem Kind besonders auffällt und was noch nicht erwähnt wurde?

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen? Wollen Sie im Anschluss einen gesonderten Gesprächstermin ohne das Kind mit mir haben?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen!