

Anamnesebogen für Kinder



Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

geb. am: _____ Geschwister _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Haarfarbe: _____ Augenfarbe _____

Private Zusatzversicherung ja nein wenn ja, welche: _____

Mutter - Name/Vorname/Alter: _____

Vater - Name/Vorname/Alter: _____

Telefonnummer _____

Bitte unterstreichen Sie die für Ihr Kind zutreffenden Fragen bzw. Antworten, und/oder beantworten Sie diese auf einem extra Blatt.

Der beantwortete Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht. Bitte senden Sie ihn in einem verschlossenen Umschlag mit etwas Vorlaufzeit zum Termin zurück.

Einwurf in der Kolpingstr. 54 oder Waghäuseler Str. 66 in 68753 Waghäusel – Kirrlach möglich.

Was ist der aktuelle Grund der Konsultation?

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind in Behandlung? Seit wann gibt es diese Beschwerden? Wo genau sind sie (falls bestimmbar)? Falls vorhanden und beschreibbar: Wie fühlen sich die Schmerzen an? Was bessert die Beschwerden (auch wenn vielleicht nur kurz Linderung eintritt)?

Was verschlimmert die Beschwerden? Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden schlimmer sind? Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden? Berichte usw. bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

Welche Medikamente hat Ihr Kind in der letzten Zeit bekommen oder nimmt es noch?

Familie

Hat es bei den Vorfahren Ihres Kindes, Geschwistern, sonstigen Blutsverwandten auffällige oder schwerwiegende Krankheiten gegeben? z.B. Krebs, psychische oder Geisteskrankheiten, Selbstmord, Süchte, Medikamentenmissbrauch, Impfschäden, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Gicht, Rheuma, Steinleiden (Nieren-/Gallensteine), Leberkrankheiten, Magen-Darm-Beschwerden, Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Hautkrankheiten, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.

Vorgeschichte des Kindes → Schwangerschaft (->SWS) und Geburt

Fragen an die Mutter

Gab es Auffälligkeiten, Probleme oder Krankheiten während bzw. vor Ihrer SWS?

Medikamenteneinnahme in der SWS, wenn ja welche? Kam es in der SWS zu größeren emotionalen Problemen, Ängsten, psychischen Schockerlebnissen, Tod eines geliebten Menschen oder Ähnlichem?

Wie ist die Geburt verlaufen? Hausgeburt? Klinikgeburt? Musste die Geburt eingeleitet werden? Gab es

Anamnesebogen für Kinder



Komplikationen? Waren Medikamente unter der Geburt notwendig? (zur Einleitung, Antibiotika, Schmerzmittel, PDA) Frühgeburt? Kaiserschnitt? Narkose unter der Geburt? Sonstiges?

nach der Geburt: Angst, Belastungen, Wochenbettdepression

Kind

Gab es Auffälligkeiten beim Neugeborenen? Wie war der pH – Wert? (ist im Mutterpass verzeichnet)

Haben die Hebammen oder Ärzte sonstige Besonderheiten erwähnt, z. B. Nabelschnurumschlingungen? Musste das Kind im Krankenhaus bleiben und wenn ja, aus welchen Gründen? Wurden ihm Medikamente verabreicht? Welche? Für längere Zeit?

War Ihr Kind in den ersten Tagen nach der Geburt auffallend ruhig oder unruhig?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Wie hat es sie vertragen? Wann wurde geimpft?

Traten im Zeitraum von ca. 4 Wochen nach einer Impfung irgendwelche Veränderungen beim Kind auf? Gab es nach Impfung eine Wesensveränderung? Bitte den Impfpass mitbringen!

Welche Kinderkrankheiten und andere Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Welche besonders stark, wann war das, blieb etwas zurück? Welche wurden antibiotisch oder anderweitig behandelt? z.B. Masern, Scharlach, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Dreitagefieber, Windpocken, Mandelentzündungen, Mittelohrentzündungen, Bindehautentzündungen, Bronchitis, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Grippe, Pfeiffersches Drüsenfieber, Nieren- Blasen-, Harnröhrentzündung usw.?

Welche anderen Erscheinungen hat es gegeben? z.B. Polypen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lymphdrüenschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Verbrennungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit, Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsbeschwerden, Rachitis, Würmer, Verstopfungen, Durchfälle, auffällige psychische Verhaltensweisen, Ängste usw.?

Fiebert Ihr Kind häufig? Ist das Fieber dann eher hoch? Wie ist der Allgemeinzustand des Kindes im Fieber? Gibt es häufig Infekte?

Hat es in der Vergangenheit Ihres Kindes in bestimmten Regionen oder Funktionen schon einmal stärkere Beschwerden gegeben (bitte unterstreichen und gegebenenfalls erläutern): Psyche, Schwindel, Kopf, Augen, Sehfähigkeit, Ohren, Hörfähigkeit, Nase, Geruchssinn, Gesicht, Mund, Zähne, Zunge, Mandeln, Hals, Schilddrüse, Magen, Bauch, Leber, Gallenblase, Darm, Bauchspeicheldrüse, Verdauung, Stuhlgang, Nieren, Blase, Genitalien, Kehlkopf, Atmung, Husten, Lungen, Herz, Kreislauf, Rücken, Arme und Beine, Muskeln, Gelenke und Knochen, Haut, Fieber, Schwitzen/Frieren, Sonstiges? Können Sie das erste Auftreten dieser Beschwerden zeitlich (ungefähr) zuordnen?

Welche Operationen wurden an Ihrem Kind vorgenommen? (Bitte mit Zeitangabe)

Welche Verletzungen hatte Ihr Kind? z.B. Geburtsverletzung (auch Kaiserschnitt, Zangengeburt etc.), Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Unfälle, Schock usw.?

Gab es in der bisherigen Entwicklung ihres Kindes Auffälligkeiten (körperlich/emotional/geistig)? War die Entwicklung insgesamt oder in Teilbereichen deutlich zu schnell oder zu langsam?

Allgemeines

Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen es Ihrem Kind deutlich besser oder schlechter geht? Tageszeiten, Jahreszeiten, Mondphasen, bestimmte Zeitrhythmen? Treten Symptome bevorzugt auf einer Körperseite auf, also tendenziell immer nur links oder rechts? Ist Ihr Kind Links- oder Rechtshänder, Beidhänder?

Leidet Ihr Kind unter Wetterfühligkeit? Reagiert es auf Wetterwechsel und wenn ja von trocken zu feucht oder umgekehrt? Von kalt zu warm oder umgekehrt? Spürt es Tiefdruckgebiete oder Gewitter vorher schon? Wie kommt es mit Sturm, Wind, Gewitter klar? Braucht es unbedingt frische Luft? Geht es ihm am Meer oder in den



Bergen deutlich besser/schlechter? Gibt es bestimmte Klimagebiete, die es nicht verträgt oder in denen seine Beschwerden besser werden? Was genau tritt dann auf?

Ist Ihr Kind jemand, dem tendenziell eher zu kalt oder zu warm ist? Ist es als erster mit einer dicken Jacke unterwegs, wenn es kühler wird oder trägt es noch Sommersachen, wenn alle anderen schon wärmer angezogen sind? Ist ihm an bestimmten Stellen schnell zu kalt oder zu warm, z.B. Hände, Füße, Nasenspitze oder sonst wo? Wie ist die Wärmeregulation Ihres Kindes? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt und der andere warm, insgesamt oft heiß oder dauernd fröstelig, Neigung zu Schüttelfrost, Fieberneigung, nie Fieber, hohes Fieber usw.? Machen Sie nähere Angaben! Neigt Ihr Kind leicht zum Schwitzen, oder schwitzt es eher gar nicht? Ist der Schweiß Ihrem Kind selbst unangenehm, erleichtert der Schweiß eher, tritt er an bestimmten Körperstellen bevorzugt auf, ist der Schweiß warm oder eher kühl, tagsüber, nachts, in bestimmten Situationen vermehrt, riecht der Schweiß stark und wenn ja, wonach? Verfärbt er die Kleidung (z. B. gelb, braun)?

Wie ist es mit dem Schlaf Ihres Kindes? Ist er gestört? Hat es Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, gibt es bestimmte Zeiten? Bessert Schlaf, oder fühlt es sich nach langem Schlaf nicht erholt? Wacht es leicht auf, wie fühlt es sich morgens beim Erwachen? Bessert ein kurzes Nickerchen? Schläft es bevorzugt auf einer bestimmten Seite oder kann es auf einer bestimmten Seite gar nicht liegen? Schläft es zugedeckt oder deckt es sich ab? Wenn ja, welche Körperteile sind abgedeckt? Braucht es nachts frische Luft, auch im Winter? Zuckt, schreit, lacht, spricht, weint oder schlägt es im Schlaf? Schnarcht es? Knirscht es mit den Zähnen? Macht es sonst etwas auffälliges im Schlaf? Wird der Schlaf oft durch bestimmte Erscheinungen gestört? z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume usw.? Gibt es einen bestimmten Traum oder Träume, die Ihr Kind immer wieder hat? Neigung zu Alpträumen?

Wie verträgt Ihr Kind Bahn-, Auto-, Schiffs- oder Flugreisen? Leidet Ihr Kind unter bestimmten Überempfindlichkeiten, z.B. gegen Gerüche, Geräusche, Licht, Berührung, anderen äußeren Einflüssen? Hat es besondere Allergien oder Unverträglichkeiten? Verschlimmern oder verbessern bestimmte Körperhaltungen oder -verrichtungen den Zustand deutlich? Z.B. Ruhe, Bewegung, körperliche Anstrengung, Sport, Tanzen, leichte Bewegung, schwere körperliche Arbeit, Liegen, Stehen, Sitzen etc.? Ist Ihr Kind sehr druck- oder berührungsempfindlich? In bestimmten Bereichen? Bekommt es leicht "blaue Flecke"?

Wie verhält sich die Haut bei Verletzungen? Heilen diese schnell, gibt es Narben oder Sonstiges?

Wie ist es mit der Neigung zu Krämpfen? Z.B. der Muskulatur? Hat Ihr Kind öfters Wadenkrämpfe oder krampfartige Erscheinungen, Zuckungen, Muskelhüpfen, Sehnenhüpfen, Lidzucken, Grimassieren, Tics, unwillkürliche Bewegungen etc.? An welchen Stellen, zu welchen Zeiten, in welchen Situationen? Hat es schon einmal Krampfanfälle, Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle gehabt? Wenn ja, wie sind diese genau verlaufen, unter welchen Umständen?

Kommt es wiederkehrend zu Absonderungen aus bestimmten Körperteilen?

Körperregionen

Kopf: z.B. Kopfschmerzen, Haarausfall, Schuppenbildung, Juckreiz, Kopfschweiß, Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut etc.

Augen: z.B. Augenentzündungen, Sehstörungen, Lichtempfindlichkeit, Schielen etc.

Ohren: z.B. Ohrenentzündungen, Ohrenscherzen, Hautausschläge, Absonderungen, Ohrgeräusche Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit etc.

Nase: z.B. Hautausschläge, Nasenbluten, wiederkehrende Infekte, Nasennebenhöhlenentzündungen, Krusten in der Nase, Geruchssinn gestört etc.

Gesicht: z.B. Hautausschläge, Blutandrang zum Gesicht, Schweiß, Gesichtsfarbe, fettige oder trockene Gesichtshaut etc.



Mund: z.B. zu wenig oder zu viel Speichelfluss, besonderer Mundgeschmack – oder Geruch, Lippenherpes, trockene Lippen, eingerissene Mundwinkel, Aphten, Zahneindrücke auf der Zunge, Risse auf der Zunge, Zahnfehlstellungen, Karies, sonstige Zahnprobleme etc.

Hals: z.B. Beschwerden mit den Mandeln, Schilddrüsenprobleme, Heiserkeit, Kehlkopfentzündungen, Schwellungen der Lymphknoten

Atemwege: z.B. Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, Pseudokrapp, auffällige Röntgenbefunde etc.

Herz: z.B. Rhythmusstörungen, Herzklopfen, Herzschmerzen, Herzschwäche, Klappenfehler, etc.

Magen: z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Magengeschwüre etc.

Appetit: z.B. Appetitstörungen, Essstörungen? Nimmt Ihr Kind schnell zu, wenn es normal isst, oder kann es viel essen und nimmt gar nicht zu? Kann es längere Zeit nichts essen, oder muss es regelmäßig Speisen zu sich nehmen? Kann es morgens früh schon essen? Gibt es Speisen oder Getränke, die Ihr Kind nicht oder nicht gut verträgt oder allergisch darauf ist? Welche Speisen/Getränke mag Ihr Kind sehr gerne? Welche lehnt es ab? Wie ist das Trinkverhalten? Trinkt es eventuell zu viel oder zu wenig? Lieber warm oder kalt?

Bauchraum: Blähungsbeschwerden, Nabel- oder Leistenbrüche, Nabelabsonderungen, etc.

Wie ist die Verdauung? Gibt es auffällige Verstopfung oder die Neigung zu Durchfällen? Hat der Stuhl eine besondere Beschaffenheit, Farbe, Form, Geruch? Wenn es „muss“, kann es den Stuhl zurückhalten oder ist das schwierig? Wann war Ihr Kind sauber? etc.

Urin: Gibt es Probleme beim Wasserlassen? z.B. muss Ihr Kind bei Harndrang sofort auf Toilette, damit es keinen Urin verliert? Geht ihm beim Husten, Lachen, Hüpfen oder Niesen etwas in die Hose? Gab oder gibt es Probleme mit nächtlichem Einnässen? Ist der Urin auffällig hell, dunkel, riechend, schaumig, blutig, hat er einen Bodensatz etc.

Genitalien: Gibt es in diesem Bereich Auffälligkeiten? Ist die Entwicklung „normal“? Verfärbt sich die Unterwäsche?

Gliedmaßen: Leidet oder litt Ihr Kind an Beschwerden im Bewegungsapparat oder Rücken? Wo, wann, wie? Gibt oder gab es etwas Auffälliges an Knochen, Sehnen, Gelenken?

Gemüt

Wie geht Ihr Kind mit Wut und Zorn um? Wie reagiert es auf Widerspruch? Wie verhält es sich bei Streitigkeiten? Zieht sich Ihr Kind in Konfliktsituationen eher zurück oder sucht es die Auseinandersetzung? Weint Ihr Kind leicht? Ist es dann eher ein wütendes Weinen oder mitleiderregend? Wie reagiert Ihr Kind auf Trost? Ist Ihr Kind ein ängstliches Kind? Hat es besondere Ängste? Wovor? z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst, usw.?

Kann Ihr Kind spannende Geschichten hören oder Filme sehen? Oder bekommt es von diesen Dingen leicht Angst?

Ist Ihr Kind eher schüchtern/scheu, oder findet es schnell Kontakt zu anderen? Neigt es zu Distanzlosigkeit? Wie verhält sich Ihr Kind Fremden gegenüber? Fremde Kinder? Fremde Erwachsene?

Versucht sich Ihr Kind anderen eher anzupassen, oder versucht es, andere zu dominieren und die eigenen Wünsche durchzusetzen? Ist es im sozialen Miteinander eher mitten in der Gruppe oder am Rande? Spielt es lieber alleine? Kann es alleine spielen? Ist Ihr Kind gegenüber Geschwistern oder anderen Kindern schnell eifersüchtig? Was ist mit Mitleid und Einfühlungsvermögen?

Ist Ihr Kind auffällig ordentlich oder unordentlich? Wie viel Wert legt es auf äußerliche Erscheinung?

Sammelt Ihr Kind gerne Dinge? Wenn ja, was?

Schulkinder: Wie ist das Kind in der Schule? Gibt es Schwierigkeiten? In speziellen Fächern oder allgemein?

Was ist mit Aufmerksamkeit und Konzentration? Unruhe?

Umgang mit Tieren: Wie geht Ihr Kind mit Tieren um?

Ist Ihr Kind schmerzempfindlich oder wehleidig?

Will Ihr Kind gerne alles alleine machen und legt Wert auf Selbständigkeit oder lässt es sich lieber alles zeigen?

Ist es ein ausgesprochener „Bewegungstyp“?

Wie ist die Feinmotorik und wie ist die Grobmotorik Ihres Kindes?

Anamnesebogen für Kinder



Ist Ihr Kind bei Unternehmungen und in Hinsicht auf zu erkundende Dinge eher vorsichtig und behutsam oder eher abenteuerlustig und waghalsig? Wie reagiert Ihr Kind auf Geräusche? Singt und tanzt es gerne?