

naturheilpraxis-marienplatz

Schäfflerstrasse 5 80333 München

Fragebogen zur naturheilkundlichen Anamnese für Kinder

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.:

e-mail:

Geburtstag:

Kinderarzt:

Versicherung:

Name der Erziehungsberechtigten:

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis?

Aufgrund von Beschwerden Zur Vorsorge

Unter welchen Beschwerden leidet ihr Kind?

Wo genau? Seit wann? Verbesserung-Verschlechterung?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen, kennzeichnen Sie es mit einem“?“.

Schwangerschaft und Geburt

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> fetale Gewebsentnahme | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen | <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Drogen |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Neugeborenenperiode

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Storchendiß | <input type="checkbox"/> Behaarung |
| <input type="checkbox"/> Stillprobleme | <input type="checkbox"/> Vit D/K/Fluor | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Brustentzündung | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schreianfälle | <input type="checkbox"/> Milchschorf |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Erstes Lebensjahr

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Impfungen(Paß) | <input type="checkbox"/> Rechts/Linkshänder |
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung normal/verzögert | <input type="checkbox"/> Sauberkeitsentwicklung normal/verzögert | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung normal/verzögert |
| <input type="checkbox"/> Infektionen _____ | <input type="checkbox"/> Wie lange gestillt _____ | |

Kopf

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Stechend/drücken/pulsierend/pochend/hämmernd | |

Augenprobleme

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Brennen |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich | <input type="checkbox"/> Tränenfluß | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Gerstenkorn | <input type="checkbox"/> Ringe | <input type="checkbox"/> Kurzsichtig |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung/Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Weitsichtig | <input type="checkbox"/> Schielen | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Nase

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Niesreiz | <input type="checkbox"/> Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Geruchsempfindlich |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> Nase läuft ständig | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | | |

Mund

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Speichelfluß | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Munwinkleinrisse | <input type="checkbox"/> Belag der Zunge | <input type="checkbox"/> Aphten |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Ohrenprobleme

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gehör | <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen rechts/links | <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen |
| <input type="checkbox"/> Gehörsturz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Hals

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufig Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> Mandeln entfernt |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Haut

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> trocken/fettig | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> blaue Flecken |
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Muttermale | <input type="checkbox"/> Geschwür |
| <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Körpertemperatur

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> oft heiß | <input type="checkbox"/> oft kalt | <input type="checkbox"/> zuviel Schweiß |
| <input type="checkbox"/> zuwenig Schweiß | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> kalter Schweiß |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Lungen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> schwere Atmung |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> feste Brust | <input type="checkbox"/> chronisches Husten |
| <input type="checkbox"/> verschleimt | <input type="checkbox"/> Husten mit Blut | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung/Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

Herz

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Herzflattern | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag
andere Herzprobleme _____ | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |

Kreislauf

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kalte Hände | <input type="checkbox"/> kalte Füße | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Prickeln in Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Verdauung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> kein Appetit |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Appetit | <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Hiatushernie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Darm

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> loser Stuhl | <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Enddarm brennen/jucken | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Dickdarmentzündung |
| <input type="checkbox"/> täglich Stuhlgang | <input type="checkbox"/> mehr als zweimal pro Tag | <input type="checkbox"/> Crohn-Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Reizkolo | <input type="checkbox"/> Divertikelentzündung | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Wasserlassen

- | | | |
|--|--|--|
| _____mal pro Tag | <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel | <input type="checkbox"/> Niereninfektion |
| <input type="checkbox"/> brennend/ schmerzhaft | <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> zu häufig | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände | <input type="checkbox"/> häufig in der Nacht |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Jungs

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pubertät | <input type="checkbox"/> Scrotum Schmerz | <input type="checkbox"/> Phimose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Mädchen

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scheidenjuckreiz | <input type="checkbox"/> Kandidainfektion | <input type="checkbox"/> Brustzyste |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Ovarzyste | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Ausfluß | <input type="checkbox"/> Menarche | <input type="checkbox"/> PMS |

Menstruationszyklus

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> Zykluslänge _____ | <input type="checkbox"/> Dauer der Blutung _____ |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch | <input type="checkbox"/> schwere Blutungen | <input type="checkbox"/> leichte Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Brustspannen | <input type="checkbox"/> emotionale Schwankungen |

neurologische Probleme

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Muskelzucken allgemein |
| <input type="checkbox"/> Muskel-Gesichtszucken | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

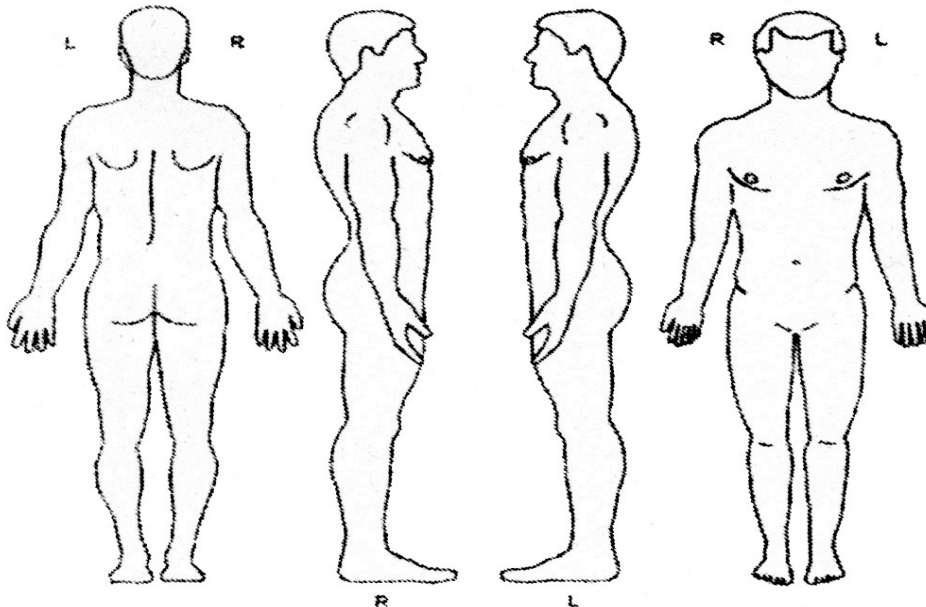
Muskeln

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> fest / angespannt | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche
Wo? _____ |
| | Wo? _____ | |

Schmerz

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Arm |

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> mittlerer Rücken | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Hand |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelbereich | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Ellenbogen |
| <input type="checkbox"/> Gelenksteifheit | <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Fußknöchel/-gelenk | <input type="checkbox"/> Kieferprobleme |
| <input type="checkbox"/> Neuralgie | <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Beinschmerzen |
| <input type="checkbox"/> häufig gebrochene Knochen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |



Denken

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gedächtnis | <input type="checkbox"/> vergesslich | <input type="checkbox"/> neblig im Gehirn |
| <input type="checkbox"/> schwierig klar zu denken | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Schlafen Schlaf

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> auf dem Bauch | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> häufiger Lagewechsel |
| <input type="checkbox"/> Zuckungen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Speichelfluß |
| <input type="checkbox"/> weinen/wimmern | <input type="checkbox"/> Schreckhaft | <input type="checkbox"/> Alträume |
| <input type="checkbox"/> Schweiß-Wo? _____ | <input type="checkbox"/> Lacht im schlaf | |
| <input type="checkbox"/> schlechtes Einschlafen | <input type="checkbox"/> leichtes Aufwachen | <input type="checkbox"/> schlechtes Durchschlafen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeit wieder einzuschlafen | <input type="checkbox"/> Unruhe am Morgen | |

Emotionen

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oft ärgerlich | <input type="checkbox"/> leicht reizbar | <input type="checkbox"/> häufig Angst |
| <input type="checkbox"/> furchtsam / schreckhaft | <input type="checkbox"/> launisch | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Verschiedenes

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> leichte Blutergüsse | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> blutet leicht |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> langsames heilen | <input type="checkbox"/> häufig Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> oft krank | <input type="checkbox"/> Hyperaktiv | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Operationen | Welche? | Narben? |

Infektionskrankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Eppstein-Barr-Virus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> herpes | <input type="checkbox"/> Pilz-Infektion (Candida) | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | Welche? |

Auslandsaufenthalte (z.B. Indien, Afrika, Südamerika)

Haben Sie bei folgenden Allergenen eine allergische Reaktion?

<u>Allergen</u>	<u>Art der Reaktion</u>
Lebensmittel	_____
Blütenstaub/Pollen	_____
Staub	_____
Chemikalien	_____
Parfüm	_____
Medikamente	_____
Latex	_____
Pilze	_____
Tiere	_____
Insekten	_____
Rauch	_____
Impfungen	_____ Welche Impfungen?

Umweltsubstanzen (z.B. Sonnenstrahlung, Abgase usw.)

Welche Medikamente oder Nahrungsmittelergänzungen nimmt Ihr Kind ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig! _____

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

Hat Ihr Kind jemals eine sehr schwerwiegende allergische Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock?)

Gegen was? _____

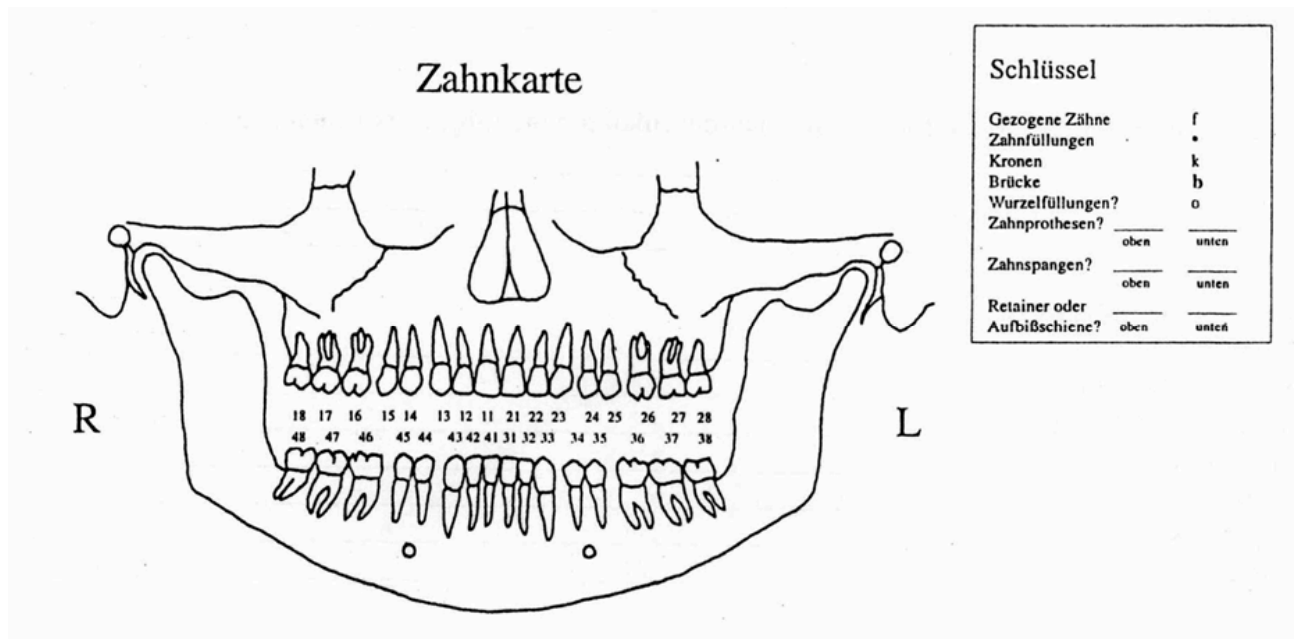
Art der Reaktion _____

Hat Ihr Kind jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. ein Trauma oder einen Schock gehabt?

Hat ihr Kind /Sie eine der folgenden Belastungen gehabt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit | <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hernie/Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Amalgam-Füllungen
Entfernung?
Ausleitung? | |

Zahnärztliche Eingriffe (Wurzelkanalbehandlungen, Zahnextraktionen, Entfernung von Weisheitszähnen oder Amalgamfüllungen, Amalgamausleitungen, Zahnspangen, Implantate, siehe hierzu auch das Zahnschema)



Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen nie ___ Exraucher ___ 1-10/Tag ___ 11-20/Tag ___ >30/Tag ___ Pfeife/Zigarre ___
 Alkohol nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___ das ist mein Problem ___
 Drogen nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___ das ist mein Problem ___
 Sport nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___
 Welche Sportart/en _____

Arbeit

meine Arbeit empfinde ich als:
 leicht ___ anstrengend ___ sehr anstrengend ___ extrem ___
 angenehm ___ belastend ___ Mobbing ___
 Ich arbeite _____ Std/Woche Ich mache _____ Wochen Urlaub/Jahr

Entspannung

erreiche ich z.B. durch: TV, Gespräche, Lesen, Meditation, Yoga, Sport,
sonstiges.....

Unterschrift**Familiär gehäufte Erkrankungen** (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten,
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis,
Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Rheumatismus, multiple Sklerose, usw.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

Bitte beachten Sie:

Wir behandeln im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet, eine
Erstverschlimmerung ist möglich.

Sie sind bei uns in Behandlung eines Heilpraktikers. Wir rechnen nach der
Gebühren-Verordnung für Heilpraktiker ab.

Für Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse geben wir keine Gewähr.

Bei Nichterscheinen berechnen wir den vollen Satz. Eine Behandlungseinheit dauert
ca.45 Minuten. Die Bezahlung ist auch am Behandlungstag möglich.

Wir freuen uns, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen

Ort, Datum**Unterschrift**