

Liebe Eltern.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und gewissenhaft aus. Der Anamnesebogen dient dazu, mir ein möglichst genaues und ganzheitliches Bild zu machen und um die Behandlung optimal auf Ihr Kind abstimmen zu können.

Persönliche Angaben zum Kind

Name	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Geburtsdatum	
Name der Krankenversicherung	
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> gesetzlich mit Zusatzversicherung für heilpraktische Leistungen <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe

Bitte informieren Sie sich vorab, ob Ihre Krankenkasse Leistungen nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker übernimmt.

Persönliche Angaben zu einem Erziehungsberechtigten

Vorname	
Name	
Telefon	
E-Mail	

Allgemeine Anamnese

Schwangerschaft und Geburt

Kindslage	<input type="checkbox"/> Schädellage <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> Sternengucker
Art der Entbindung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zange / Saugglocke <input type="checkbox"/> Medikamentöse Einleitung
Wurde während der Geburt Druck auf den Bauch ausgeübt?	<input type="checkbox"/> Ja
Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder Verletzungen des Kindes bei der Geburt? Wenn ja, welche?	

Entwicklung des Kindes

Meilensteine

Bitte wählen Sie nachfolgend alle nicht erreichten Meilensteine aus.

Mein Baby konnte...

sich nicht vor dem 6. Monat drehen	<input type="checkbox"/> Ja
sich nicht vor dem 6. Monat abstützen	<input type="checkbox"/> Ja
vor dem 6. Monat nicht die Hände zusammenführen	<input type="checkbox"/> Ja
vor dem 6. Monat nicht mit den Händen die Füße festhalten	<input type="checkbox"/> Ja
nicht vor dem 10. Monat sitzen	<input type="checkbox"/> Ja
nicht vor dem 12. Monat krabbeln	<input type="checkbox"/> Ja
kein Wort vor dem 12. Monat sprechen	<input type="checkbox"/> Ja
nicht vor dem 18. Monat laufen	<input type="checkbox"/> Ja

Auffälligkeiten

einseitige Kopfdrehung	<input type="checkbox"/> Ja	schiefe Kopfhaltung	<input type="checkbox"/> Ja
Stillprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	überstreckte Haltung	<input type="checkbox"/> Ja
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	Kind schießt	<input type="checkbox"/> Ja
Schreikind", "KISS- / KIDD-Syndrom	<input type="checkbox"/> Ja	Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/> Ja
Koliken	<input type="checkbox"/> Ja	Dreht sich nur über eine Seite	<input type="checkbox"/> Ja
spuckt viel	<input type="checkbox"/> Ja	vermehrte Nutzung eines Armes oder Beines	<input type="checkbox"/> Ja
mag keine Bauchlage	<input type="checkbox"/> Ja	Fußfehlstellung	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges oder detailliertere Beschreibung der Auffälligkeiten			

Bisherige Kinderkrankheiten und Verletzungen

Bitte führen Sie hier alle diagnostizierten Kinderkrankheiten, Verletzungen und Unfälle / Stürze unter der Angabe des Jahres auf.

Beispiel: 2010 - Masern oder 2011 - Treppensturz - Arm gebrochen

Jahr	Erkrankung / Verletzung	Zusätzliche Informationen
Sonstiges / Anmerkungen		

Operationen

Bitte führen Sie hier alle Operationen unter der Angabe des Jahres auf.

Beispiel: 2014 - OP an den Mandeln - Mandeln wurden entfernt

Jahr	Art der Operation	Zusätzliche Informationen
Sonstiges / Anmerkungen		

Auffälligkeiten

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	Leistungsabfall	<input type="checkbox"/> Ja
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Stuhlveränderungen	<input type="checkbox"/> Ja
Essstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Urinveränderungen	<input type="checkbox"/> Ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja
starker Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Ja
starke Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Ja	starker Durst	<input type="checkbox"/> Ja
Appetitverlust	<input type="checkbox"/> Ja	hormonelle Verhütung	<input type="checkbox"/> Ja
Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges oder detailliertere Beschreibung der Auffälligkeiten			
Nimmt Ihr Kind Medikamente (Welche und Dosierung)?			
Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport? Welchen und wie oft?			

Wie häufig nutzt Ihr Kind PC / Tablet / Smartphone / TV / Spielekonsole pro Tag? <u>Beispiel:</u> TV - 1 Stunde Smartphone - 1,5 Stunden PC - 1 Stunde	
Trägt Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> Ja
Trägt Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> Ja
Trägt Ihr Kind eine Schuheinlage oder hat es eine Absatzerhöhung?	<input type="checkbox"/> Ja

Spezielle Anamnese

Bitte umkreisen / markieren Sie die Problemzone(n) Ihres Kindes:



Welche Beschwerden hat Ihr Kind momentan?	
Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab oder gibt es Auslöser und wenn ja, welche?	
Waren Sie mit diesen Beschwerden bereits in Behandlung (wann und wo)?	

Allgemein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)