

Anamnesebogen Naturheilkunde /TCM



KINDERKRANKENHAUS

Name	
Vorname	
Straße, PLZ, Wohnort:	
Geburtsdatum	
Telefon (privat)	
E-Mail	
Hausarzt	
Mutter/Vater:	
Kontakt durch:	

Größe	Gewicht	
Blutdruck /	Puls	Datum:

Krankheitsbild

Wegen welcher **Haupt-Beschwerden** wünschen Sie eine Behandlung?

Jetzige Beschwerden / seit wann/ evtl. seit wann schlimmer

Wodurch werden die Beschwerden **gelindert**? (Bewegung, Ruhe, Druck, Entlastung, Wärme, Kälte, im Bett, im Liegen, im Schlaf, bei Licht oder Sonne, vor/während/nach dem Essen, Stuhlgang/Wasserlassen, Aufregung, Ärger, Kummer, Angst, Sorge, Freude, Trösten, Tragen, am Meer,...)

Wodurch werden die Beschwerden **schlimmer**?

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Was denken sie über körperlich und seelische **Ursachen oder Auslöser der Beschwerden** Ihres Kindes?

Schulmedizinische (Kinderarzt, Facharzt,...)/ **Naturheilkundliche** (Homöopath, Osteopath, Heilpraktiker, ...) **Vorbehandlungen**

Welche **Medikamente**/ Vitamine / Mineralstoffe/ Globuli nimmt Ihr Kind ein:

Allergien (z.B. Frühblüher, Lebensmittel, Medikamente, Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma):

Chronische Erkrankungen/ **Dauererkrankungen**

Hat Ihr Kind **außerdem** noch eine Beschwerde oder Beeinträchtigung, die vielleicht weniger wichtig erscheint?

Hat ihr Kind häufiger **Antibiotika** oder andere starke chemische Medikamente erhalten? Weshalb? Wie lange circa?

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Operationen (z.B. Blinddarm, Mandeln, Polypen, Leistenbruch usw. mit Jahresangabe):

Unfall/Trauma (z.B. Armbruch):

Zähne (spätes/frühes Zahnen, Füllungen, gezogene Zähne, Zahnspange)

Impfungen (vollständiger Impfstatus? Reaktionen auf Impfungen? Welche?):

Schwangerschaft/Geburt (Auffälligkeiten, Beschwerden, ...?)

Soziale Anamnese

Schule/Kindergarten/Ganztagesbetreuung:

Schultyp:

Klasse:

Eltern (Alter, verheiratet, geschieden/getrennt, Sorgerecht):

Geschwister/Halbgeschwister/Stiefgeschwister:

Erkrankungen in der Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, ggf. Todesursache):

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Lebensführung

Wie lange geht Ihr Kind in die Schule/Kindergarten/Betreuung?

Gibt es genug Zeit für Pausen/spielen/entspannen?

Wobei kann Ihr Kind gut entspannen?

Praktizieren Sie/Ihr Kind **Entspannungsverfahren** (Autogenes Training, Yoga o.a):

ja

Welche :

nein

Wie oft :

Treibt ihr Kind **Sport**: ja nein

Welche :

Wie oft :

Raucht jemand in der Familie?: ja /Tag nein
Wer? :

Softdrinks: ja /Tag nein

Milch: ja /Tag nein

Gesamtflüssigkeitsmenge/ Tag:

Isst Ihr Kind unregelmäßig: ja nein

Ist Ihr Kind/oder sind Sie Vegetarier: ja nein

Wurde Ihr Kind gestillt?: ja nein
Wie lange?

Vorlieben, Zutreffendes bitte unterstreichen (oder ergänzen):

z.B. Herzhaftes, Süßes, Scharfes, Salziges, Saures, Bitteres,
Milchprodukte, Käse, Rohkost, kaltes / warmes Essen, Schokolade, ...

Heißhunger auf:

Abneigung gegen:

Wie oft isst ihr Kind:
(am Tag/in der Woche)

Obst und Gemüse?

Fleisch und Wurstwaren?

Fisch?

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Bitte beschreiben Sie einen typischen Tag Ihres Kindes:

Frühstück:

Zwischenmahlzeit:

Mittagessen (Fleisch / Fisch wie oft?):

Zwischenmahlzeit:

Abendessen:

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

2 = leicht / gelegentlich

3 = stärker / häufig

4 = ausgeprägt

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht	1	2	3	4	Allgemeine Abgeschlagenheit	1	2	3	4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1	2	3	4	Kribbeln in Händen/ Füßen	1	2	3	4
Appetit	1	2	3	4	Schweregefühl (Beine)	1	2	3	4
Durst	1	2	3	4	Schweregefühl (Kopf)	1	2	3	4
Schnell erschöpft	1	2	3	4	Brüchige Nägel	1	2	3	4
Spontaner Schweißausbruch	1	2	3	4	Hitzeempfindlichkeit	1	2	3	4
Neigung zu Schwindel	1	2	3	4	Aufsteigendes Hitzegefühl	1	2	3	4
Herzklopfen, Herzstolpern	1	2	3	4	Schwitzen an Händen / Füßen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit	1	2	3	4	Schwitzen am Kopf	1	2	3	4
Kalte Hände	1	2	3	4	Niedriger Blutdruck	1	2	3	4
Kalte Füße	1	2	3	4	Hoher Blutdruck	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4	Zugluft- Windempfindlichkeit	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4	Wetterfühligkeit	1	2	3	4

Haut

Fettige, unreine Haut	1	2	3	4	Ekzeme	1	2	3	4
Trockene Haut	1	2	3	4	Juckreiz	1	2	3	4
Hautausschlag	1	2	3	4	Hautbrennen	1	2	3	4

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	1 2 3 4	Verschwommenes Sehen	1 2 3 4
Brennen	1 2 3 4	Brille /Kontaktlinsen	1 2 3 4
Nacht- oder Farbenblindheit	1 2 3 4		

Ohr

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche	1 2 3 4	Gleichgewichtsstörungen	1 2 3 4

Mund

Mundgeruch	1 2 3 4	Zungengeschwüre (Aphthen)	1 2 3 4
Trockenheit im Mund	1 2 3 4	Bitterer Mundgeschmack	1 2 3 4
Zahnfleischbluten	1 2 3 4	Pappiger Mundgeschmack	1 2 3 4
Herpes der Lippen	1 2 3 4	Geschmacksverlust	1 2 3 4

Atmung und Infekte

Infektanfälligkeit	1 2 3 4	Mittelohrentzündungen	1 2 3 4
Allergie	1 2 3 4	Druck auf der Brust	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe / nachts	1 2 3 4	Heiserkeit	1 2 3 4
Luftnot bei leichten Anstrengungen	1 2 3 4	Schwäche des Geruchssinnes	1 2 3 4
		Kloßgefühl im Hals	1 2 3 4
Husten	1 2 3 4	Auswurf / Schleim	1 2 3 4
trocken <input type="checkbox"/> bellend <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/>		klar <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> locker <input type="checkbox"/> zäh <input type="checkbox"/>	

Stuhl

regelmäßig : ja nein Mal/ Tag
 Farbe : hell normal dunkel
 Geruch :

Stuhl weich, ungeformt	1 2 3 4	Völlegefühl	1 2 3 4
Durchfall	1 2 3 4	Übelkeit/ Erbrechen	1 2 3 4
Stuhl zu hart	1 2 3 4	Aufstoßen	1 2 3 4
Verstopfung	1 2 3 4	Sodbrennen	1 2 3 4
Vermehrte Darmgeräusche	1 2 3 4	Bauchkrämpfe	1 2 3 4
Blähneigung	1 2 3 4	Stuhlauflagerungen (Blut, Schleim)	1 2 3 4
Druckgefühl im Oberbauch/ unter dem Rippenbogen	1 2 3 4		

Wasserlassen

Wasserlassen nachts	1 2 3 4	Harnträufeln	1 2 3 4
Häufiger Harndrang	1 2 3 4	Harninkontinenz	1 2 3 4
Brennen beim Wasserlassen	1 2 3 4		
Urin: Menge: wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/>			
Farbe: hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/>			

Anamnesebogen Naturheilkunde/TCM



Gefühlsleben

Aufbrausend, leicht reizbar	1 2 3 4	Grüblerisch	1 2 3 4
Allgemeine innere Unruhe	1 2 3 4	Traurig / melancholisch	1 2 3 4
Nervosität	1 2 3 4	Vergesslichkeit	1 2 3 4
Angstgefühle	1 2 3 4	Konzentrationsstörung	1 2 3 4
Niedergedrückte Stimmung	1 2 3 4	Schreckhaftigkeit	1 2 3 4
Sorgenvoll	1 2 3 4	Freudig erregt	1 2 3 4

Schlaf

Durchschnittliche Schlafzeit:			
Einschlafstörungen (>30min)	1 2 3 4	Herzklopfen	1 2 3 4
Durchschlafstörungen	1 2 3 4	Schwitzen Nachts	1 2 3 4
Morgendliches, sehr frühes		nachts unruhige Beine	1 2 3 4
Erwachen	1 2 3 4	Nachts heiße Füße	1 2 3 4
Viele Träume/Alpträume/Ängste	1 2 3 4	Tagesmüdigkeit	1 2 3 4

Rücken- und Gelenkprobleme

Kreuzschmerzen	1 2 3 4	Schulterschmerzen	1 2 3 4
Kälteempfindlichkeit im Bereich		Nackenschmerzen	1 2 3 4
der Lendenwirbelsäule	1 2 3 4	Kopfschmerzen ganzer Kopf	1 2 3 4
Gelenkschmerzen	1 2 3 4	Stirnkopfschmerzen	1 2 3 4
Muskelverspannung, Krämpfe	1 2 3 4	Hinterkopfschmerzen	1 2 3 4
Sehnenentzündung	1 2 3 4	Halbseitiger Kopfschmerz	1 2 3 4

Menstruation: Häufigkeit/Dauer, z.B. 28 / 3-4 Tage/..... Tage

Menarche (1. Regelblutung)	seit:Lebensjahr		
Unregelmäßig	1 2 3 4	Schmerzhaft	1 2 3 4
Blutungen zu stark <input type="checkbox"/> / schwach <input type="checkbox"/>	1 2 3 4	Blutklumpen	1 2 3 4
Blutfarbe :	hell <input type="checkbox"/>	dunkel <input type="checkbox"/>	
Pille	ja <input type="checkbox"/> welche	nein <input type="checkbox"/>	

Menstruationsschmerzen : vorher während nachher

Schmerzqualität (brennend, stechend, drückend,...) : _

Bauchschmerz <input type="checkbox"/>	Rückenschmerz <input type="checkbox"/>	Kopfschmerz <input type="checkbox"/>
Brustspannung <input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/>	

Ausfluss: 1 2 3 4

dünn dick klar weiß gelb kein Geruch Geruch