

# Anamnesebogen Naturheilkunde /TCM



KINDERKRANKENHAUS

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

|             |         |               |
|-------------|---------|---------------|
| Größe       | Gewicht |               |
| Blutdruck / | Puls    | <b>Datum:</b> |

## 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/<br>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