



Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zum vereinbarten Termin zurück. Nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, wenn diese zutreffen.

Wichtig sind alle Einflüsse, z.B. was bessert, was verschlimmert. Periodizitäten, zu welcher Zeit etc. Nutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt, falls der Platz nicht ausreicht.

Name des Kindes

Geburtstag

Name Eltern

Anschrift

Telefon

Email

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

z.B. wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter, etc.

Was war unmittelbar vor dem Auftauchen der jetzigen Symptome?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Stress, Operation, Hautausschlag, Reise, Impfung, Antibiotika usw.

Was bessert?

Was verschlimmert?

Was haben Sie bis jetzt schulmedizinisch oder naturheilkundlich dagegen unternommen?



Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein? Welche Grunderkrankungen hat es?

Hat Ihr Kind im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison genommen? Wenn ja, warum?

Operationen / Narkosemittel

Unfälle / Verletzungen / Narben

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Gicht, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Steinleiden, MS, Allergien, Schuppenflechte usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Hat es Reaktionen gegeben?

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Epstein-Barr-Virus, Yersinien, Salmonellen usw.

Wurden diese Krankheiten behandelt?

Kopf:

Schmerzen, häufig selten periodisch, Stirn Augen Schläfen Hinterhaupt, halbseitig, beidseitig, wechselnd, morgens tagsüber abends, welche Auslöser, was bessert, was verschlechtert?

**Augen:**

Rötung, Juckreiz, Brennen, Druck, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen, Gerstenkörner, Bindehautentzündung, Weit-/Kurzsichtigkeit

Ohren:

Mittelohrentzündungen, Röhren, OP, Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen, Schmerz bei Wind und Kälte?

Nase:

Trockenheit, Niesreiz, Krustenbildung, Nasennebenhöhlenentzündungen, Schnupfen, häufig, langandauernd, behinderte Nasenatmung, Heuschnupfen, OP

Mund:

Lippen, Zunge, Herpes, Achten, Zahnfleisch, Entzündungen, Zysten

Zähne:

Zahnungsbeschwerden, Implantate, Amalgam / Ausleitung, andere Materialien, Wurzelbehandlungen, Zahnersatz, Kronen, erster Milchzahn?

Hals:

Trockenheit im Rachen, Sekretgefühl im Rachen, Sekret wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, Mandelentzündungen, > als 4 x Jahr? Schluckbeschwerden

Schilddrüse:

Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, Druck, Kloßgefühl

Herz:

Beschwerden, Stechen, Brennen, Druckgefühl, Beklemmungsgefühl, Arrhythmie, Herzrasen, Stolpern



Lunge:

Bronchitis, häufiger Husten: wann? morgens, nachts, wie? trocken festsitzend, schleimig, blutig, eitrig, Auswurf: Farbe, Konsistenz, Asthma, Kurzatmigkeit, Atemnot

Schultern, Obere Extremitäten:

Schmerzen in der Schulter, im ganzen Arm, in einzelnen Gelenken, Kribbeln, Ameisenlaufen, kalte Hände, Verletzungen, Durchblutungsstörungen

Rücken:

Wirbelsäulenveränderungen, Skoliose, Schmerzen, Verspannungen, Mit wie viel Monaten lief Ihr Kind?

Hüfte, untere Extremitäten:

Schmerzen in der Hüfte, im ganzen Bein, einzelnen Gelenken, Operationen, Unruhe der Beine, Krämpfe, Taubheitsgefühle

Leber-Galle: Steine, Entzündungen, Fettunverträglichkeit, Schmerzen im rechten Oberbauch, Gelbsucht, Hepatitis, Leberflecke, schnell blaue Flecke

Magen:

Aufstoßen, Völlegefühl, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln

Darm:

Blähungen, Völlegefühl, Darminfektionen, Hämorrhoiden, Divertikel, Polypen, Entzündungen, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Blinddarm-OP, Schmerzen



Stuhlgang:

Wie oft:x täglich, alle 2 Tage, unregelmäßig, schmerzhaft, normal geformt (schnittfest), trocken, sehr fest, hart, klumpig, dünn, breiig, wässrig, wechselhaft, schmierig, drängend, plötzlich, hell, dunkel, übelriechend, säuerlich, faulig, Abführmittel

Blase/Nieren:

Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Steine, Entzündungen, häufig?

Harn:

viel, wenig, normal, häufig, hell, salzhaltig, übelriechend, schmerzhaft, kann nicht halten, unwillkürlich, blutig, brennend, flockig, schaumig

Ausfluß:

keinen, stark, weiß, gelb, braun, blutig, dünn, dick, zäh, flockig, wundmachend, übelriechend

Haut, Haare, Nägel:

Trockenheit, Juckreiz, Ekzeme, Milchschorf, Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Abszesse, Furunkel, Geschwüre, Verbrennungen, Narben, Operationen, Pilze, Warzen, Nägelkaulen, Mykosen, Haarausfall, Schuppen, Nägel fleckig, spröde, deformiert, eingewachsen usw.

Allgemeines:

Müdigkeit, Abgeschlagenheit, schnelle Erschöpfung, öfters gereizt, Schwindel

Fieber:

Fiebert Ihr Kind? Wenn ja, wie hoch? Wie sieht Ihr Kind dann aus? Wann? tagsüber, nachts

**Schwitzen:**

wo besonders, Kopf, Brust, Rücken, Achseln, Hände, Füße, kalt, warm, klebrig, übelriechend, nachts, nervös, riecht der Schweiß oder färbt er die Wäsche?

Kälte- / Wärmebedürfnis:

frostig, kalte Hände/Füße, kalte Füße/Beine, hitzig, warme Hände/Füße, warme Füße/Beine, Wärmflasche

Wetterfühligkeit:

welche Körperteile reagieren

Reaktionen auf Schnee, Sturm, Gewitter, Zugluft, kalten Wind, Hitze, Sonne, Mond

Schlafverhalten:

Schwierigkeiten beim Ein-/Durchschlafen, morgens wie gerädert, Träume, Alpträume, Sprechen im Schlaf, Unruhe, Nachtschweiß, welche Körperregion, aufgedeckt, nur Füße aufgedeckt, heiße Füße, kalt, frieren, Zähneknirschen etc.

Schlaflage:

Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.

Appetit:

normal, keinen, wenig, viel, Heißhunger nachts

Verlangen:

nach Süßem, Saurem, Salzigem, Scharfem, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Butter, Gemüse, Zwiebeln, Obst, Kreide, usw.

Abneigung:

gegen, z.B. Süßes, Saures, Salziges, Scharfes, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Gemüse, Zwiebeln, Obst, usw.

Anamnese-Fragebogen

Heilpraktikerin Irina Gerweck / Ritter-Wulf-Platz 3 / 21493 Schwarzenbek



Mahlzeiten:

wie viele, wie lange, konzentriert, abgelenkt, warm, kalt, Fast Food

Vegetarisch, Mischkost, Sonstiges?

Lebensmittelunverträglichkeiten?

Geschmacksbeeinträchtigung:

schmeckt alles süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, faulig

Durst:

keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes, große Mengen, kleine Mengen, nachts, warme kalte Getränke, große Schlucke, nachts

Was trinkt Ihr Kind?

Größe:

Gewicht:

Gewichtsentwicklung:

Zufrieden /gewollt

Stimmung:

ausgeglichen, fröhlich, überspannt, schrill, traurig, weinerlich, depressiv

Temperament:

mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, lieber alleine

Wovor hat Ihr Kind Angst?

Anamnese-Fragebogen

Heilpraktikerin Irina Gerweck / Ritter-Wulf-Platz 3 / 21493 Schwarzenbek



Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen? Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/ telefonieren?

Gibt es noch Anmerkungen, die Sie für wichtig halten?

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Unfälle, Verletzungen, Kinderkrankheiten, Operationen, Impfungen etc.