



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, Röhrrchen, 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.