



Praxis für Naturheilkunde
Martina Johnson
Heilpraktikerin

Vorwaldstraße 16
93177 Altenthann

Tel.: 09408 8699861
Mail: info@naturheilpraxis-johnson.de
Web: www.naturheilpraxis-johnson.de

Anamnesebogen Kind

Liebe Eltern,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen sowie Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Ihr Kind vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Martina Johnson

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

1. Unter welchen momentanen Beschwerden leidet Ihr Kind? Was bringt Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden Ihres Kindes? Bitte ankreuzen!

- Unfall Erkrankung Operation Trauer
 Impfungen Medikamente
 Sonstige: _____

3. Hatten Ihr Kind folgende Kinderkrankheiten? Bitte ankreuzen!

- Masern Röteln Scharlach Mumps
 Windpocken

4. Welche Operationen hatte Ihr Kind und in welchem Jahr? (z.B. Mandeln, Blinddarm, Weisheitszähne)

5. Liegen Allergien vor? Bitte ankreuzen!

- Heuschnupfen Pollen Tierhaare Hausstaub
 Milben Lidocain Aspirin (ASS) Penicillin
 Metalle
 Nahrungsmittel: _____
 Sonstige: _____

6. Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister)? Bitte ankreuzen!

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung Herzinfarkt
 Asthma Krebs Lungenerkrankungen Erbkrankheiten
 Sonstige Erkrankungen: _____

7. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind derzeit ein? Hatte es jemals Antibiotika genommen (wie oft, wann zuletzt)?

8. Zu Ihrem Kind

Größe _____ Körpergewicht _____

Bewegt sich Ihr Kind gerne? _____

Wogegen ist Ihr Kind geimpft? _____

Wie viel trinkt Ihr Kind und was? _____

Was isst Ihr Kind besonders gerne? _____

Hat Ihr Kind deutliche Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel? _____

Hat Ihr Kind derzeit Stress?
(1 = wenig, 10 = hoch) _____

Wie ist sein Schlafverhalten?
(Ein-/Durchschlafen) _____

9. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt? Bitte ankreuzen!

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: | _____ | | |

10. Hatte Ihr Kind bereits Infektionskrankheiten (z.B. Pfeiffersche Drüsenfieber, Borreliose)?

11. Hat Ihr Kind bereits Füllmaterial in den Zähnen und wenn ja, welches?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold | |

12. Sind Weisheitszähne vorhanden?

- ja nein

13. Wie ist die Verdauung Ihres Kindes? Bitte ankreuzen!

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Aufstoßen |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | | | |

Schlecht vertragene Nahrungsmittel: _____

14. Für die Eltern: Fragen zur Schwangerschaft

Wie verlief die Schwangerschaft? _____

Wurden Medikamente eingenommen? _____

Gab es Konflikte, Sorgen, Ängste
(vorübergehende, anhaltende)? _____

Gab es während der Schwangerschaft
ablehnende Gefühle gegenüber dem Kind? _____

15. Für die Eltern: Fragen zur Geburt und die ersten Monate

Kam Ihr Kind termingerecht zur Welt? _____

Natürliche Geburt, Kaiserschnitt bzw.
Wunschkaiserschnitt? _____

Geburtsverlauf (Dauer, Komplikationen)? _____

Wurde Ihr Kind gestillt, wenn ja wie lange? _____

Gab es sonstige Besonderheiten? _____

Die absolut vertrauliche Dokumentation und Behandlung der Daten ist gewährleistet. Siehe Aushang DSGVO in der Praxis.

Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____