



Anamnese Fragebogen für Kinder

Datum:

Kind:

Name:	Vorname:
Geb.	Str.
PLZ/Ort	
Schule/Kiga	Klasse

Eltern:

Vater	geb:
Beruf	derzeit:
Mutter	geb:
Beruf	derzeit:
Familienstand	Sorgeberechtigt:

Geschwister:

Name	geb:
Name	geb:
Name	geb:
Name	geb:

Versicherung:

- gesetzliche(AOK, DAK, usw.) Beihilfe
 Priv.Zusatzversicherung Privatversicherung

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden und wann genau?

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Schreck, Operationen, Hautausschläge, Medikamenteneinnahme, Zahnung, Wachstumschub, Impfung, usw.)



Schwangerschaft:

Anzahl vorhergegangener Schwangerschaften?
Wunschkind?
Besonderheiten? Komplikationen?
Seel. Streß in der Schwangerschaft?
Grav.Lebensveränderungen?
Blutungen?
Vorzeitige Wehen?
Medikamente?
Starke Erschöpfung?
Dauer Schwangerschaft?

Geburt:

Dauer?
Komplikationen?
Einleitung und wie?
Kaiserschnitt?
Schmerzmittel?
Zangengeburt, Saugglocke?

Wochenbett:

Komplikationen?

Kind nach der Geburt:

Spontanatmung
Abgarwerte
Anpassungsschwierigkeiten
Medikamente
Gelbsucht
Trinkschwierigkeiten

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Angabe in Monaten

Was bekam Ihr Kind anschließend?

Flaschennahrung
Essen

Entwicklung Kind:

Mot. Entw.
Sitzen
Krabbeln
Stehen
Laufen
Seel. Entw.
Umgang mit Gefahr/ Ängstlichkeit/ Trennung, Dunkelheit, Alleinsein, Tiere, Prüfung
Schreikind:
Kontaktfreudigkeit
Trotzphase wann und wie lange



Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen und wann gab es Komplikationen-welche?

Impfung	Wann	Komplikationen
Diphtherie		
FSME		
Gebärmutterhalskrebs		
HIB		
Hepatitis		
Influenza(Grippe)		
Keuchhusten		
Masern		
Mumps		
Pocken		
Polio(Kinderlähmung)		
Pneumokokken		
Röteln		
Rotavirus		
Tetanus		
Tollwut		
Tuberkulose		
Windpocken		
Reiseimpfungen		
Cholera		
Gelbfieber		
Hepatitis A		
Jap.Encephalitis		
Typhus		

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bis heute durchgemacht und wann?

Borreliose	
Diphtherie	
FSME	
Gebärmutterhalskrebs	
HIB	
Hepatitis	
Influenza(Grippe)	
Keuchhusten	
Malaria	
Masern	
Mumps	
Pfefferisches Drüsenfieber	
Pocken	
Polio(Kinderlähmung)	
Pneumokokken	
Röteln	
Rotavirus	
Ruhr	
Salmonellen	
Tetanus	
Tollwut	
Tuberkulose	
Windpocken	
Cholera	
Gelbfieber	
Hepatitis A	
Jap.Encephalitis	
Typhus	
Geschlechtskrankheiten	



Wann wurde Ihr Kind mit Antibiotika behandelt und weshalb/Medikamentenname?

bitte im Folgenden ankreuzen oder unterstreichen, soweit Sie darüber Auskunft geben können?

Kopf:

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

- häufig
- selten
- regelmäßig
- Beginn → plötzlich, langsam,
- Dauer
- Stirn
- Augen
- Schläfen
- Hinterkopf
- morgens, abends, nachts
- halbseitig, links, rechts, beidseitig
- unter welchen Umständen → Streß, Ärger, Erkältung, Fieber, Periode

Augen:

- Sehstörungen
- gehäufte Bindehautentzündungen
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille
- schielen
- sonstige Beschwerden

Ohren:

links, Rechts, beidseitig

- gehäufte Mittelohrentzündungen
- Operationen mit Einsatz von einem Röhrchen
- Schwerhörigkeit
- Schmerzen
- Gleichgewichtsstörungen

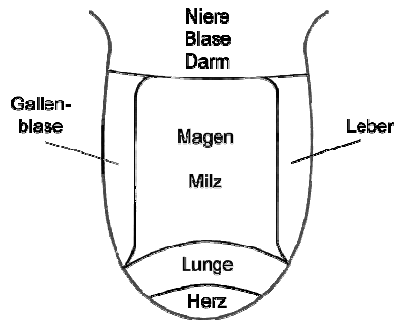
Nase:

- chron. Schnupfen
- Heuschnupfen
- behinderte Nasenatmung
- Polypen
- Schnarchen
- Nase häufig verstopft
- Absonderungen aus der Nase → wässrig, schleimig, eitrig, grünlich,
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen
- Allergien auf →



Mund:

- Zahnprobleme
- Zahnfüllungen
- erschwerter Zahndurchbruch
- empfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten



Zunge (bitte frei lassen)

Hals:

- gehäufte Halsentzündungen oder Angina
- Mandelentzündungen
- Schluckbeschwerden
- Kratzen im Hals
- Schleim im Hals
- Sprachstörungen

Lunge und Bronchien:

- häufig Husten
- mit oder ohne Auswurf → Auswurf: weiß, gelb, grün, dünn, zäh
- Atembeschwerden
- Allergien
- Asthma
- Lungenentzündung

Herz + Kreislauf

- Herzfehler
- Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck
- durchgemachte Herzkrankheiten

Bauch:

- Bauchschmerzen → Oberbauch, Unterbauch
- wann → vor dem Essen, nach dem Essen, bei Aufregung
- Appetitlosigkeit
- Ständiger Hunger
- Völlegefühl nach dem Essen
- Bevorzug warmes Essen
- Bevorzugt kaltes Essen
- Heißhunger



Ernährung:

- vegetarisch
- normal
- Milchprodukte
- Verlangen nach Süßigkeiten, Sauer, Brot, Salz, Fleisch, fett, Eier, Obst, Milch, Eis, ungenießbaren

Trinken:

- Durst ohne zu trinken
- Durst, nippt am Glas
- Durst nach warmen Getränken
- Durst nach kalten Getränken
- Keinen Durst
- welche Getränke

Stuhlgang:

- tgl., alle __ Tage
- normal
- Verstopfung
- Durchfall
- Geruch
- Beschaffenheit: hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden
- wechselnde Konsistenz
- Pilzinfektionen
- Blähungen

Urin/Blase/Niere:

- gehäufte Blasen oder Nierenentzündungen
- Enuresis (nächtl. Einnässen)
- trocken tags seit:
- trocken nachts seit:
- Harnretention (Harnzurückhaltung)
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- Häufiger Harndrang mit reichlich Urin
- Häufiger Harndrang aber wenig Urin
- Urin ist blass
- Urin ist dunkel
- Urin ist wolzig und trüb
- Reichlich, klar und blass
- Dysurie

Mädchen:

- erste Periode seit
- Blutung → normal, stark, klumpig, wenig
- Dauer der Blutung
- Abstand der periode
- Verhütung → welche



Bewegungsapparat:

- WS
- Gelenke
- Rheuma
- Gicht
- Rückenschmerzen
- Fehlhaltungen

Hauterscheinungen:

seit wann

- Allergien
- Juckreiz
- Trocken
- Feucht
- Schweiß
- Akne
- Ausschläge
- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Milchschorf

Schlaf:

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Durch Träume gestört
- Sprechen im Schlaf
- Schreien im Schlaf
- Zähneknirschen
- Schwitzen, besonders am Kopf
- Schlafwandeln
- Aufwachen während der Nacht
- Unerholsamer Schlaf
- Müdigkeit nach dem Essen
- Generell müde und schwer
- Generell müde und schwer mit Schwindel
- Extrem müde und matt
- Lethargie mit großen Schlafbedürfnis
- Lethargie, wie gelähmt

Schlaflage:

Bauch, Rücken, rechts, links, sitzend, kniend, zusammengerollt, schaukelnd

Ängste:

- Ist Ihr Kind ängstlich?
- Vor was hat es Angst?
- nachts
- Alleinsein
- fremde Personen
- Tiere
- neue Situationen

Ist Ihr Kind kontaktfreudig?



Kindergarten und Schule:

Kind geht derzeit

- o gerne:
- o ungern: zur: Schule - in den Kindergarten

Kind ist/war nach dem Kindergarten (Mehrfachnennungen möglich)

- o häufig müde
- o häufig aggressiv, aufgeregt
- o häufig depressiv, niedergeschlagen
- o motorisch unruhig, zappelig
- o ausgeglichen

Vor der Schule, am Morgen (Verhalten in der Schulzeit, nicht in den Ferien, Mehrfachnennungen möglich):

- o steht sofort nach dem Wecken auf
- o muss mehrmals erinnert werden aufzustehen

ist morgens meist

- o fröhlich
- o verträumt
- o hektisch

Kind ist nach der Schule (nur bei Schulkindern, Mehrfachnennungen möglich)

- o häufig müde
- o häufig aggressiv, aufgeregt
- o häufig depressiv, niedergeschlagen
- o motorisch unruhig, zappelig
- o ausgeglichen
- o es klagt häufig über laute Geräusche
- o es klagt häufig über Kopfschmerzen
- o es klagt häufig über: _____

Die Schularbeiten (nur bei Schulkindern, Mehrfachnennungen möglich)

- o werden oft vergessen
- o werden manchmal vergessen
- o werden meistens behalten
- o werden zügig erledigt
- o werden langsam erledigt
- o werden ungern erledigt
- o besonders im Fach: _____
- o Elternteil muss daneben sitzen
- o werden nach häufiger Ermahnung erledigt
- o dauern durchschnittlich: _____

Ablenkbarkeit ...

- o Kind braucht bei den (Schul-) arbeiten völlige Ruhe
- o es braucht immer etwas Ablenkung durch: _____



Die LehrerInnen / KindergärtnerInnen / ErzieherInnen klagen über (Mehrfachnennungen möglich)

- mangelnde Konzentration/Aufmerksamkeit
- häufiges Reden mit Nachbarn, o Unsinn machen
- geringe Mitarbeit im Unterricht / Spiel

auffälliges Verhalten:

- Müdigkeit
- Aggressivität
- Depressivität
- Unruhe

Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Sinnverständnis

Fragt das Kind häufig nach, wenn es einen Auftrag bekommen hat?

- nein
- manchmal
- oft
- es fragt auch sonst selten

Vergisst es häufig Aufträge?

- nein
- manchmal
- oft Merkfähigkeit

Motorik und Bewegung:

Beschreiben Sie bitte die jetzige Haltung und Bewegung des Kindes: (Mehrfachnennungen möglich)

- gebeugte Haltung
- Zehenspitzenengang
- schwankend, unsicher
- häufig impulsive Beweg.
- langsame Bewegung
- Bewegungsunruhe
- Gleichgewichtsprobleme
- nichts dergleichen

Ist das Kind unruhig, kann nicht lange stillsitzen?

- nein
- manchmal
- häufig/meistens

Verhalten, Beziehung und Motivation:

Hört das Kind gerne Geschichten zu? (Mehrfachnennungen möglich)

- gern
- weniger gern
- nur wenn _____ (z.B. Opa, Tante ...) erzählt
- nur bei folgenden Inhalten: _____



Wie verhält sich das Kind in Gegenwart anderer Kinder (Kindergarten, Gruppe, Schulklasse)

- unruhig
- unkonzentriert
- zurückziehend
- nichts davon

Sozialverhalten des Kindes (Mehrfachnennungen möglich)

- es ist häufig dominant und/oder führt andere an
- es wird manchmal von anderen gehänselt
- es hat wenig Freunde
- es streitet häufig
- es hat viele Freunde

Kann es seine Gefühle sprachlich ausdrücken?

- ja
- nein

Kann es seine Wünsche und Bedürfnisse äußern?

- ja
- nein

Sonstige Therapien und Allgemeines:

Bekommt das Kind Ritalin oder andere Psychopharmaka?

- nein
- ja, folgende: _____

Hatte es jemals einen epileptischen Anfall oder einen Krampfanfall?

- nein
- ja, folgende: _____
- einmalig im Alter von ____
- wiederholt im Alter von ____ bis ____

Welche Therapien hat das Kind bereits früher erhalten bzw. welche Therapien laufen noch?

- keine erhalten
- laufen noch
- Therapie: _____ Im Alter von ____

Starke seelische Belastungen nach der Geburt (Mutter und/oder Kind bis zum 4. Lebensjahr)

- keine
- Trennung (Scheidung)
- Traumatische Erlebnisse: _____



Allgemeines

Kälte/Wärme

Friert Ihr Kind leicht oder schwitzt es schnell?

Bekommt Ihr Kind Fieber wenn es krank wird und wie hoch? _____

Schwitzt es dabei und wo: _____ oder ist es eher heiß und trocken?

Hat Ihr Kind eher:

kalte Hände und Füße?

warme Hände und Füße?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit ein und in welcher Dosierung?

(bitte immer alle Medikamente mit in die Praxis bringen- auch selbst verordnete)

Nimmt Ihr Kind Drogen?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krankheit	Vater	Mutter	Geschwister	Großeltern
Krebs				
Tuberkulose				
Geisteskrankheiten				
Geschlechtskrankheiten				
Schlaganfall				
Herzkrankheiten				
Diabetes				
Asthma				
Allergien				
Hautkrankheiten				
Rheuma/Gicht				
Muliple Sklerose				
Epilepsie				

Chronologie der Krankengeschichte:

(bitte fassen Sie chronologisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen zusammen, die Ihr Kind bisher durchgemacht hat)
