



Anamnese Fragebogen für Kinder

Datum:

**Kind:**

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

**Eltern:**

<b>Vater</b>	<b>geb:</b>
<b>Beruf</b>	<b>derzeit:</b>
<b>Mutter</b>	<b>geb:</b>
<b>Beruf</b>	<b>derzeit:</b>
<b>Familienstand</b>	<b>Sorgeberechtigt:</b>

**Geschwister:**

<b>Name</b>	<b>geb:</b>
<b>Name</b>	<b>geb:</b>
<b>Name</b>	<b>geb:</b>
<b>Name</b>	<b>geb:</b>

**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?**

<b>Impfung</b>	<b>Wann</b>	<b>Komplikationen</b>
Diphtherie		
FSME		
Gebärmutterhalskrebs		
HIB		
Hepatitis		
Influenza(Grippe)		
Keuchhusten		
Masern		
Mumps		
Pocken		
Polio(Kinderlähmung)		
Pneumokokken		
Röteln		
Rotavirus		
Tetanus		
Tollwut		
Tuberkulose		
Windpocken		
<b>Reiseimpfungen</b>		
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

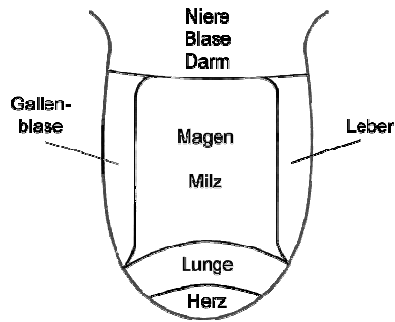
**Nase:**

- 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)
