



Anamnesebogen für Kinder & Jugendliche

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus und schicken mir diesen ausgefüllt vor Ihrem ersten Besuch zu oder bringen diesen bei der ersten Behandlung mit. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte: _____

E-Mail-Adresse: _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße/Gewicht: _____ cm _____ kg

Blutgruppe (falls bekannt): A B AB 0

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leidet ihr Kind und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

Leidet Ihr Kind oft unter Erkältungskrankheiten? Ist Ihr Kind häufig krank? o Ja o Nein

Wenn ja, wie oft pro Jahr? _____

Ernährung



Wie viel Liter trinkt ihr Kind täglich? _____

Was trinkt ihr Kind? _____

Welche Nahrungsmittel isst ihr Kind?

Milchprodukte Süssigkeiten/Zucker Weissmehlprodukte Kuchen Eier

Auf welche Lebensmittel kann ihr Kind nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

Süsses Sauerer Pikantes Bitteres Salziges Scharfes Fleisch Eiern Obst

Nikotin Alkohol

Bestehen Nahrungsmittelallergien gegen:

Oder andere Allergien:

Lebt ihr Kind nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wäre ihr Kind allenfalls bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu optimieren? Ja Nein

Wie ist der Schlaf ihres Kindes?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Zähneknirschen Unruhe in den Beinen heiße Füße

Schwierigkeiten beim Einschlafen Nachtschweiss lebhaft Träume

häufiges Erwachen – um wie viel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen wie oft? _____



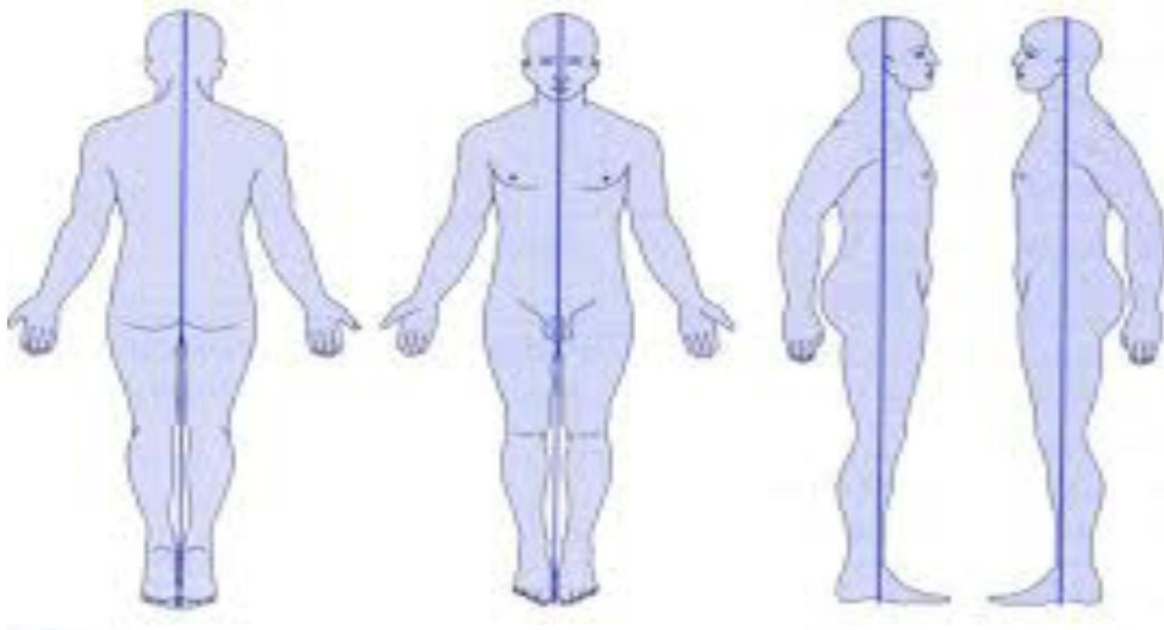
Schlafdauer: _____

Übliche Bettgezeit: _____

Übliche Aufstehzeit: _____

Medikamenteneinnahme und eingenommene Nahrungsergänzungsmittel:

Schmerzbefragung



Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

Kreuz = punktförmiger Schmerz; Linie = unklare Schmerzlokalisierung; Pfeil = ausstrahlender Schmerz

Die Schmerzskala liegt bei: 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10

Seit wann haben Sie die Schmerzen & wie oft? _____

immer mehrmals täglich alle paar Tage wöchentlich seltener