

## Anamnese – Fragebogen für Kinder

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat Eltern: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ-Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_  
Geschwister: \_\_\_\_\_

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post

Privat-Versicherung (+Tarif) : \_\_\_\_\_

private Zusatzversicherung : \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie den genauen Tarif an, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.

Meine Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnung für Heilpraktiker

### Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Bitte bringen Sie den Mutterpass, das gelbe Untersuchungsheft und den Impfpass mit.

### Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel? Wie kann ich Ihrem Kind helfen?

### Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden des Kindes? Gab es einen Auslöser?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

---

### Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern des Kindes, Großeltern des Kindes, Geschwister?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Suizid, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

**Schwangerschaft:** Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft, z.B. Stress, frühzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalte, vermehrte Übelkeit und Spucken, Infektionen, Getöse, Schwangerschaftsdiabetes

Das wievielte Kind? \_\_\_\_\_  
Dauer der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ SSW  
Alter der Mutter bei der Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre  
Mehrlingsschwangerschaft? Ja (\_\_\_\_)  
Querlage, Beckenendlage? \_\_\_\_\_  
Gab es eine äußere Wendung? Ja (\_\_\_\_) Welche SSW? \_\_\_\_\_

### Geburt:

Ich habe spontan / mit Kaiserschnitt / mit Saugglocke entbunden.

Gab es einen Einsatz vom Kristellahandgriff? Ja (\_\_\_\_)

Gab es eine PDA? Ja (\_\_\_\_)

Gab es wehenfördernde Mittel? Ja (\_\_\_\_)

## Heilpraktikerin Manuela Grunwald

Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja (\_\_\_)  
Dauer der Eröffnungsphase: \_\_\_\_\_ Stunden  
Dauer der Austreibungsphase: \_\_\_\_\_ Stunden  
Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g  
Länge: \_\_\_\_\_ cm  
Kopf: \_\_\_\_\_ cm  
Apgar \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Die ersten Tage nach der Geburt:

Wie war das Wohlbefinden des Neugeborenen? Die medizinische Versorgung? Gab es Hämatome? Bestand eine Neugeborenenengelbsucht?

---

### Wie war das Wohlbefinden der Mutter?

---

### Auffälligkeiten des Säuglings:

Unreife Hüfte	rechts (___) links (___)
Fußfehlstellung	rechts (___) links (___)
Kind liegt in einem Bogen wie ein C	ja (___)
Mein Kind überstreift sich	ja (___)
Mein Kind hält den Kopf schief	ja (___)
Mein Kind hat Haarbreit am Hinterkopf	ja (___)
Mein Kind hat einen platten/schiefen Hinterkopf	ja (___)
Mein Kind mag nicht auf dem Bauch liegen	ja (___)
Mein Kind schreit in Rückenlage	ja (___)
Mein Kind dreht den Kopf nur zu einer Seite	rechts (___) links (___)
Gibt es / gab es Stillprobleme?	
Ich stille nicht / habe nicht gestillt	ja (___)
Mein Kind trinkt an einer Seite besser	ja (___)
Mein Kind schnalzt bei Trinken	ja (___)
Mein Kind trinkt sehr langsam	ja (___)
Mein Kind spuckt nach jeder Mahlzeit	
Mein Kind hat 3-Monats-Koliken	ja (___)
Mein Kind quält sich mit Blähungen	ja (___)
Mein Kind stöhnt viel	ja (___)
Mein Kind ist sehr unruhig und schreit viel	ja (___)
Mein Kind läßt sich nur schwer beruhigen	ja (___)
Schlafrythmus :	
Mein Kind schläft nachts gut	ja (___)
Mein Kind schläft tagsüber gut	ja (___)
Mein Kind schläft tagsüber regelmäßig	ja (___)
Mein Kind schläft im eigenen Bett	ja (___)

Mein Kind geht zu Bett um \_\_\_\_\_ und wacht \_\_\_\_\_ mal in der Nacht auf.

Leidet ihr Kind an einer Grunderkrankung/Behinderung? Ja (\_\_\_)

Welche?

---

**Welche Impfungen hat das Kind wann erhalten?**

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Ja z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen.

**Welche Infektionskrankheiten hat das Kind schon durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpes Simplex, Gürtelrose, usw.

**Hat ihr Kind häufig Infekte?**

Husten	ja (___)
Schnupfen	ja (___)
Bronchitis	ja (___)
Krupphusten	ja (___)
Mittelohrentzündung	ja (___)
Mandelentzündung	ja (___)

**Hat das Kind Narben? Wo?**

**Leidet das Kind unter Kopfschmerzen?** Falls ja

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links – rechts – doppelseitig –

**Augen** Bindehautentzündung, Tränenangstenose

**Ohren** links / rechts, Hatte das Kind schon mal eine Mittelohrentzündung? Paukenerguß? Paukenröhrchen?

**Zähne:** wieviele Zähne sind schon vorhanden, wann durchgebrochen, Fehlstellungen, Karies? Zähneknirschen

**Kiefer:** Fehlstellungen? Unterbiss, Überbiss, Offener Biß, Tiefbiss, Kreuzbiss? Gaumenform

**Kieferorthopädische Geräte:** Aktive Platten, Passive Platten, Aktivator, Bionator, Brackets, Alignerschiene

**Nase** behinderte Nasenatmung? Nasenpolypen?

**Magen:** Speikind, Reflux, Pylorusstenose

**Darm:** Infektionen, Durchfall, Verstopfung

## Heilpraktikerin Manuela Grunwald

**Stuhlgang** täglich, oder unregelmäßig, hell, dunkel, hart, knollig, weich

**Medikamente:** Nimmt ihr Kind Medikamente? Wofür und seit wann?

---

**Harn:** geht selbst auf Toilette, Einnäßen in der Nacht

In welchem Alter konnte Ihr Kind:

Krabbeln? \_\_\_\_\_ Monate

Laufen? \_\_\_\_\_ Monate

Sprechen? \_\_\_\_\_ Monate

### **Das Kleingedruckte**

1. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum:..... Unterschrift.....

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

**Heilpraktikerin Manuela Grunwald**

[www.heilpraxis-grunwald.de](http://www.heilpraxis-grunwald.de)

Tel.:040/64885750

mobil:0176/48311056

[manuela.grunwalda@gmail.com](mailto:manuela.grunwalda@gmail.com)

Bahrenfelder Kirchenweg 54

22761 Hamburg