

Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des 2. Lj.

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die ein oder anderen Fragen unwichtig für Ihr Anliegen erscheinen – es hilft, die Behandlung genau auf Ihr Kind abzustimmen.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse der Eltern: _____

Geschwister: _____

Welche Schwangerschaft war das Kind, mit dem Sie in die Praxis kommen (alle Schwangerschaften + ggf. auch Aborte, Sternenkinder, vorzeitig beendete Schwangerschaften) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6

Blutgruppe: _____

Aktuelles Gewicht/Größe: _____

Wird Ihr Kind fremdbetreut? Wenn ja, seit wann (Alter): _____

Welche Einrichtung? _____

Welcher Zeitraum? _____

Selbstzahler: ja / nein

Krankenkasse / Zusatzversicherung für Heilpraktiker / Beihilfe (ja/nein)

Welzel Alexandra

Heilpraktikerin, Master-Therapeutin für klinische Psycho-Neuro-Immunologie

Straubinger Str. 26a

93055 Regensburg

E-Mail: heilpraktikerin.welzel@gmail.com

Seite 1 von 12

Version: 1.1.2025

Wegen welchen Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind in Behandlung und was ist **Ihr (Mutter und Vater) Ziel** in Bezug auf den Gesundheitszustand.

Unser Ziel ist:

Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. Ihrem Besuch?

„nur“ Beratung Stillstand einer Erkrankung Beschwerdebesserung
 Beschwerdefreiheit sonstiges: _____

Was sind Sie als Familie bereit für das Erreichen des Ziels zu tun bzw. zu verändern?

Essgewohnheiten ändern Nahrungsergänzungsmittel einnehmen
 Stressmanagement mit ggf. Unterstützung mehr Sport treiben / Bewegung

Was war unmittelbar (Tage bis Wochen) vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden Ihres Kindes?

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen im Beruf oder im Privatleben der Eltern, Zahnen, Impfung, Umzug, finanzielle Probleme der Eltern, Medikamenteneinnahme

Bringen Sie die Beschwerden Ihres Kindes mit etwas speziellem in Verbindung?

Gibt es Befunde der bisherigen Behandlung, Therapie und Diagnostik?

(ich bitte Sie, alle vorliegenden Befunde bei Ihrem Termin mitzubringen, um evtl. Doppeluntersuchungen zu vermeiden)

Welche Medikamente (einschließlich Nahrungsergänzungsmittel) nimmt Ihr Kind zurzeit / regelmäßig ein?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Was und wie viel trinkt Ihr Kind am Tag?

Gibt es in der Familie Raucher?

Wenn ja, wer?

Haben Sie in der Schwangerschaft

Alkohol getrunken:

geraucht:

Drogen/Stimulantien:

oder Medikamente
eingenommen

Ja / Nein

Ja / Nein

Ja / Nein

Menge:

Menge:

Welche:

Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes?

(häufiges Erwachen, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen) nicht erholsamer Schlaf,
Träume/Alpträume/Nachtschreck)

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt, wenn ja welche, durch welchen Test festgestellt?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen? Wie lange sind diese her, gab es
Reaktionen?

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? Wenn ja, wurde
Antibiotika verordnet?

Wenn ja, welches?

Hatte Ihr Kind Verletzungen (einschl. Geburtsverletzungen) oder Operationen? Wenn ja,
wann und welche?

Sind Sie wegen den Beschwerden Ihres Kindes – außer in dieser Praxis – in Behandlung?

Wenn ja, bitte Arzt/Therapeut und Fachrichtung angeben.

Familienanamnese:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Eltern:

Großeltern/Urgroßeltern:

Geschwister:

Schwangerschaft, Geburt (bitte ausfüllen falls Ihnen bekannt)

Schwangerschaft:

War die Schwangerschaft komplikationslos? _____

Waren es eine Kaiserschnittgeburt? _____

Wie groß und wie schwer waren Ihr Kind? _____

Wird/ wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Gab es besondere Vorkommnisse in der Schwangerschaft (Trauma, Stress)

Ergänzende Angaben - möchten Sie etwas bezüglich der Schwangerschaft mitteilen,
nach dem auf dem Anamnesebogen nicht gefragt wurde?

Brust: Zysten, Tumore, Mastitis, Hautveränderungen, Veränderungen der Brustwarzen

Unterleib/Geschlechtsorgane: Anomalien, Zysten, Tumore, Operationen

Niere/Blase: Fehlentwicklung der Nieren (z.B. Doppelnieren, Reflux), Blasenentzündung, wenn ja, wie oft

Harn: wenig, viel, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, schmerzhaft beim Wasser lassen

Gab es bei der Geburt Besonderheiten bei den U-Untersuchungen?

Zähne/Kiefer:

Zahnt ihr Kind?

Wenn ja, seit wann?

Welche Zähne sind schon da?

Wie sieht Ihre Mund- und Zahnhygiene aus? (Zahnseide, welche Zahncreme, Zungenspatel)

Hat Ihr Kind Karies?

Welche Gefühle sind bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Kindes sind bei Ihnen (Mutter und Vater) aktuell im Vordergrund:

z.B. Wut, Angst, Trauer, Resignation, Schuld, Scham, Verzweiflung, Überforderung

Mutter:

Vater:

Evtl. Geschwister:

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen folgender Organe bekannt oder hatte Ihr Kind eine Operation/Verletzung an folgenden Organen? Wenn ja, kurze Beschreibung

Augen:

Ohren:

Lunge/Atemwege:

Leber/Galle:

Haut/Haare/Nägel:

Bauchspeicheldrüse:

Herz:

Mandeln:

Schilddrüse:

Magen:

Dünndarm:

Dickdarm/After:

Arme/Beine:

Rücken/Wirbelsäule/Hüfte/Becken:

Erkrankungen des Blutes:

Gerinnungsstörung:

HPU: ___ ja, getestet am _____ Wert: _____

Autoimmunerkrankung:

Krebs:

Wenn ja, welcher: _____

Durchgeführte Therapien: _____

Aktueller Status: _____

Stuhlgang:

Wie oft?

Durchfall/Verstopfung/wechselnd?

Konsistenz Stuhl:

Schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, Pasten artig, hell, dunkel, übelriechend, Stuhlinkontinenz, Gefühl nicht fertig zu werden, Blutbeimengungen, Krämpfe, Schleimauflagerungen, unverdaute Nahrungsbestandteile enthalten

Leidet Ihr Kind unter Blähungen?

Trägt Ihr Kind eine Windel? Ja - nur tagsüber - nur noch nachts – von Geburt an „Windelfrei“

Wenn nein, seit wann geht ihr Kind auf die Toilette/Töpfchen?

Gibt es hierbei Ihrer Meinung nach irgendwelche Auffälligkeiten?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Befall mit Würmern oder anderen Parasiten (auch als Kind)?

Verändert sich Ihr Stuhlgang beim Verzehr bestimmter Nahrungsmittel positiv oder negativ?

Lactoseintoleranz?

Fruktoseintoleranz?

Sodbrennen?

Mit welcher Nahrung haben Sie begonnen zuzufüttern? Mit welchem Alter?

Wie oft isst Ihr Kind am Tag?

Ist es ein wählerischer Esser?

Was mag Ihr Kind gar nicht essen?

Was mag Ihr Kind sehr gerne essen?

Beschreiben Sie Ihre Mahlzeiten von 4 Tagen (Menge, was haben Sie gegessen?)

Bei voll gestillten Kindern bitte das Essen der Mutter angeben

Tag 1: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 2: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 3: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 4: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Für die Mutter:

Wo und wann sehen Sie die Beschwerden Ihres Kindes? Bestehen hierdurch Ängste?
Wenn ja, welche

Wie empfinden Sie die Beschwerden Ihres Kindes? Bestehen hierdurch Ängste? Wenn ja, welche

Sehen Sie die Beschwerden Ihres Kindes genauso wie der Vater?

Was sind Sie von Beruf?

Wie viele Stunden arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

Sind Sie der Hauptverdiener?

Wie viel Mutter/Kind - Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Mutter/Vater/Kind – Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Familienzeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Eltern-Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Haben Sie Haustiere?

Wie ist aktuelle Ihr gesundheitliches/seelisches Befinden (bitte ankreuzen)

1. Sehr gut

2. gut

3. Gerade noch gut

4. schlecht

5. Sehr schlecht

6. Ich packe es gerade noch so

7. Ohne Hilfe würde ich es nicht schaffen

8. Ich weiß nicht wie es weitergehen soll

9. Ich benötige mehr Unterstützung, um überhaupt alles zu schaffen

10. Ich bin komplett ausgelaugt/überfordert

Fragen für den Vater:

Wo und wann sehen Sie die Beschwerden Ihres Kindes? Bestehen hierdurch Ängste?
Wenn ja, welche

Wie empfinden Sie die Beschwerden Ihres Kindes? Bestehen hierdurch Ängste? Wenn ja, welche

Sehen Sie die Beschwerden Ihres Kindes genauso wie der Vater?

Was sind Sie von Beruf?

Wie viele Stunden arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

Sind Sie der Hauptverdiener?

Wie viel Mutter/Kind - Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Mutter/Vater/Kind – Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Familienzeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Wie viel Eltern-Zeit haben Sie am Tag zur Verfügung?

Haben Sie Haustiere?

Wie ist aktuelle Ihr gesundheitliches/seelisches Befinden (bitte ankreuzen)

1. Sehr gut

2. gut

3. Gerade noch gut

4. schlecht

5. Sehr schlecht

6. Ich packe es gerade noch so

7. Ohne Hilfe würde ich es nicht schaffen

8. Ich weiß nicht wie es weitergehen soll

9. Ich benötige mehr Unterstützung, um überhaupt alles zu schaffen

10. Ich bin komplett ausgelaugt/überfordert

Gibt es etwas das Sie mir mitteilen möchten, nach dem nicht auf dem Anamnesebogen gefragt wurde?