



Heilpraktikerin
Saskia Anders-Giehl

Naturheilpraxis
für Kinder,
Jugendliche & Erwachsene

Landsberger Str. 24 | 82205 Gilching
08105 - 777 24 95 | praxis@anders-giehl.de
www.naturheilpraxis-anders-giehl.de

Anamnesebogen für Kinder

Name des Kindes: _____ Geb.Datum: _____

Vor- u. Zuname des/der Erziehungsberechtigten: _____

Straße und Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Beruf: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Versicherung: Gesetzlich bei _____ Versicherungsnummer _____

Privat bei _____ Priv. Zusatzvers. bei _____ Beihilfe ()

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt mit Ortsangabe: _____

Welche Schule / Klasse / Kindergarten besucht Ihr Kind? _____

Geschwister (Anzahl mit Namen und Alter) _____

Empfehlung durch: _____

Ich habe mich über die Kosten und Leistungserstattung auf der Homepage informiert ja nein..

Ich bin mit der Zusendung von kurzen Informationen zur Naturheilkunde und aktuellen Veranstaltungen per E-Mail einverstanden ja nein..

Liebe Eltern bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und füllen den Anamnesebogen so sorgfältig wie möglich aus. Es erleichtert das Erstgespräch und vermeidet Lücken in der Befunderhebung.
Bitte bringen Sie zum ersten Termin das **gelbe Vorsorgeheft, den Impfpass** und alle vorhandenen **Befunde und Medikationen inkl. Nahrungsergänzungsmittel** mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

aktuelle Größe: _____ aktuelles Gewicht: _____ Blutgruppe: _____ Augenfarbe: _____

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft/Geburt (Amniozentese, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Saugglocke)?

Haben Sie Ihr Kind gestillt? _____ **Wie lang?** _____

Sind Auffälligkeiten in der körperlichen, geistigen und motorischen Entwicklung bekannt?

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten? Impfpass! Gab es Impfreaktionen?

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellen, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpes, Hepatitis, Tuberkulose, Wurmerkrankungen und andere)

Name des Kindes _____ Geb. Datum _____

Zahnstatus (Milchzähne, Weisheitszähne, kieferorthop. Behandlung)

Augen (Brille, Kontaktlinsen, kurz- oder weitsichtig oder anderes)

Operationen (Mandeln, Blinddarm, usw.), **Prellungen, Brüche andere Verletzungen, Narben**

Haustiere, Kontakt mit Tieren, welche? _____

Allergien (Neurodermitis, Blütenstaub/Pollen, Hausstaub, Nahrungsmittel, Milch, Weizen, Fructose, Laktose, Medikamente usw.)

Verdauung (Stuhlgang regelmäßig, Form, Farbe, Blähungen, Verstopfung, Durchfall)

Schlaf (von wann bis wann, Ein- oder Durchschlafstörungen, morgens ausgeschlafen, Zähneknirschen, Sonstiges)

Essen und Trinken (kurze Angaben über was und wie viel)

Emotionen (ängstlich, leicht reizbar, launisch, ungeduldig, schreckhaft, traurig, emotionslos, laut, still.....)

Verdacht auf / bzw. bestehend: Linkshändigkeit () ADH/ADHS (); Legasthenie (...); Dyskalkulie (...); Lese-Rechtschreibschwäche (...), Sonstige _____

KIGA/Schule (Konzentration, Lernen, Spielen, Motivation, Umgang mit anderen usw.) _____

Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit / mit Freunden?

Welche Beschwerden hat Ihr Kind gegenwärtig und seit wann? Was haben Sie oder jemand anderer dagegen unternommen? (Medikamente, Behandlungsmaßnahmen)

Können Sie nachvollziehen, ob die Beschwerden Ihres Kindes zeitgleich im Zusammenhang mit einem Ereignis (einer anderen Erkrankung, Trauer, Schreck, einer Operation, schulischem oder privatem/familiärem Stress, Medikamenten, Hautausschlägen usw.) **steht?** Bitte kurz angeben.

Gibt es noch etwas, wovon Sie glauben, es ist wichtig für mich zu wissen?

Bitte notieren Sie sich auf einem Extrablatt die persönlichen Ziele für Ihr Kind, die Sie mit dem Besuch in meiner Praxis verbinden. Möglichst detailliert und mit einem angedachten Zeitrahmen versehen.

Ich danke Ihnen sehr für Ihr Vertrauen und freue mich Sie und Ihr Kind kennen zu lernen.