

Anamnese – Fragebogen

Finn Scheunemann * Ottenser Hauptstraße 11 * 22765 Hamburg



Finn Scheunemann
Heilpraktiker

Name, Vorname _____

Straße _____ Geburtstag _____

PLZ _____ Tel. privat/beruflich _____

Ort _____ Email _____

Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzliche KV (AOK etc.) Beihilfe/Post Private KV

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind? Was ist Ihr Ziel?

Unter welchen Erkrankungen leidet ihr Kind und seit wann?

Wo hat Ihr Kind Schmerzen, seit wann und wie Stark (Skala von 0(kein Schmerz) bis 10 (unerträglich))?

Leidet ihr Kind unter Kopfschmerzen?

Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

Haut Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen, fehlende Traumerinnerung

Schlafzeit von / bis

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Körpergröße **Körpergewicht**

Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufensprechen..... war es trocken
Angaben bitte in Monaten

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung vorgenommen? Frühgeburt? Spontangeburt?
Kaiserschnitt? Zangen-, Saugglockengeburt? Neugeborenenengelbsucht? Einnahme von
Medikamenten?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?
Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.