

ANAMNESE-FRAGEBOGEN KINDER

Liebe Eltern,

Datum

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Er dient dazu die Krankengeschichte Ihres Kindes umfassend zu erheben und unterstützt die Diagnosefindung.

Die Datenerhebung ist vertraulich und unterliegt der Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Nachname Kind	Vorname Kind
Geburtsdatum Kind	
Name Mutter	Name Vater
Straße	Telefon Festnetz
PLZ und Wohnort	Handy
E-Mail	

Geschwister (bitte mit Namen und Geburtsjahr)

.....
.....

Familiensituation alleinerziehend Ehe-/Lebensgemeinschaft/Patchwork-Familie
 geschieden verwitwet

Ihr Kind geht in:

Kita Kindergarten
 Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium andere Klasse

Kinderarzt

Krankenversicherung gesetzlich bei Vater Mutter
 privat bei Vater Mutter
 Zusatzversicherung (welche).....
 Beihilfe

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

Ich möchte per E-Mail über aktuelle Angebote, Aktionen oder Veranstaltungen informiert werden (ca. 1 Mal monatlich) ja nein

(nur für interne Zwecke DSGVO)

Welche Beschwerden belastet Ihr Kind aktuell am meisten?

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden/Probleme.
Wie empfinden Sie diese derzeit? (1=sehr gut, 10 sehr schlecht)

1.	1 - 10
.....	
2.	
.....	
3.	
.....	
.....	
.....	
.....	

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

1.
2.
3.

Sind die Beschwerden abhängig von Tageszeiten, Kälte, Wärme, Wetter, Jahreszeit, Bewegung, Ruhe, Lebensmittel? Was verbessert, was verschlimmert?

1.
2.
3.

Gab es beim ersten Auftreten besondere Ereignisse wie Erkrankung, Medikamente, Impfungen, Zahnbehandlung, Operation, Veränderungen im Alltag/Familienleben, Sorgen, Trauer?

1.
2.
3.

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden eingesetzt?

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

Gibt es Befunde von Laboren oder Ärzten, so bringen Sie diese bitte mit.

Körpergröße Gewicht

Hat sich das Gewicht Ihres Kindes in letzter Zeit deutlich verändert? ja nein

Wenn ja, wie viel in welchem Zeitraum?.....

Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und auffallende Reaktionen

Medikamente, wenn ja, welche?

Laktose Fructose Gluten

Gräser/Baumpollen (wann?)

Andere

Gab es Antibiotika-Behandlungen und wann war die letzte?

Welche Infekte wurden schon von Ihrem Kind durchlebt?

Schnupfen wie oft? Mittelohrentzündung wie oft?
 Husten Mandelentzündung
 Bronchitis Sind Polypen vorhanden ja nein

An welchen Krankheiten leidet Ihr Kind und seit wann?

Kopfschmerzen seit wann? Schilddrüsenunterfunktion seit wann?
 Migräne Schilddrüsenüberfunktion
 Asthma Neurodermitis
 Diabetes mellitus Schuppenflechte
 Epilepsie Depressionen
 Sonstiges

Medikamente

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente und seit wann?
(bitte auch Beruhigungs- u. Schmerzmittel, Pille, Nahrungsergänzungsmittel)

Name des Medikamentes	Dosierung	Einnahme seit
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Harn

Farbe: dunkelgelb hellgelb weiß blutig trüb schaumig

Muss Ihr Kind nachts zur Toilette? ja um welche Uhrzeit? nein

Schlaf

Wann geht Ihr Kind zu Bett? Wann steht es auf?

Leidet es unter Einschlafschwierigkeiten? ja nein

Wacht es zwischendurch auf? Wenn ja, wann?

Wie lange liegt es wach?

Sonstiges wie Zähne knirschen, Nachtschweiß, Träume, Bettnässen

.....

Ist Ihr Kind morgens ausgeruht? ja nein

Bewegung

Treibt Ihr Kind Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

.....
.....

Wie lange sitzt Ihr Kind täglich am PC, Spielkonsolen, Fernseher o.a.?

.....
.....

Für die jungen Damen

In welchem Alter war die erste Periode?

Gibt es zyklisch bedingte Beschwerden (PMS, Schmerzen, Krämpfe u.a.)?

.....
.....

Dauer und Stärke der Blutung

Zwischenblutung?

Werden Verhütungsmittel verwendet? ja nein

Wenn ja, welche?

Ernährung und Essgewohnheiten

Regelmäßig essen ja nein ständig essen ja nein
Heißhunger auf süß ja nein Heißhunger auf salzig ja nein

Warme Mahlzeiten ja nein
Kochen Sie regelmäßig für Ihr Kind? ja wie oft wöchentlich..... nein
Wie ist die Zubereitungsart? gekocht gebraten frittiert

Ist Ihr Kind Vegetarier? ja nein Ist Ihr Kind Veganer? ja nein

Welche Lebensmittel isst Ihr Kind regelmäßig?

Obst Gemüse Zubereitung: gekocht als Rohkost
 Salat Milchprodukte Wurst Fleisch Fisch Fastfood
 Nudeln Hülsenfrüchte Getreide wie Hirse, Couscous, Bulgur, Amaranth u. a.
 Weißmehlprodukte Vollkornprodukte Kuchen Süßigkeiten
Verwenden Sie Fertig- und Tiefkühlprodukte ja nein ab und zu

Zeigt sich bei Ihrem Kind ein auffälliges Essverhalten?

.....
.....

Getränke

Was trinken Ihr Kind täglich und wie viel? (bitte genau)

Wasser Energydrinks
 Säfte Kaffee
 Limonaden Tee
 Cola

Wie ist der Durst Ihres Kindes?

normal vermehrt vermindert fehlt ganz

Verdauung

Appetitlosigkeit Sodbrennen Völlegefühl Blähungen
 Verstopfung Durchfall Verstopfung + Durchfall im Wechsel

Stuhlgang: täglich wie oft alle 1-2 Tage alle 2-3 Tage seltener
Konsistenz: geformt hart breiig schafskotartig
Enthält: Schleim Blut unverdaute Nahrungsreste
Farbe: milkbraun heller sehr dunkel stark riechend

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?

Impfung	Letzte Impfung	Impfung	Letzte Impfung
<input type="checkbox"/> Rotaviren	<input type="checkbox"/> Pneumokokken
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Meningokokken C
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Mumps, Röteln
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren)
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		

COVID 19: Impfstoff	Anzahl	letzte Impfung
<input type="checkbox"/> BioNTech (COMIRNATY)
<input type="checkbox"/> Moderna
<input type="checkbox"/> Johnson & Johnson

Gab es Reaktionen auf Impfungen wie Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen?

.....
.....

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchlebt?

- Windpocken Masern Mumps Röteln
 Keuchhusten Scharlach Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)

Zähne

Karies ja nein Wurzelbehandlung ja nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

- HELLP-Syndrom PTA Zangen- oder Saugglocke Frühgeburt Kaiserschnitt

.....
.....

Wurde Ihr Kind gestillt?

ja nein

Wenn ja, wie lange

Bisherige Krankheitsgeschichte (bitte geben Sie diese möglichst chronologisch an)

Welche Erkrankungen wurden bisher behandelt und wann?

.....
.....

Welche Operationen wurden durchgeführt und wann?

.....

Hatte Ihr Kind Unfälle und wann?

.....

Allgemeine Fragen

Hat Ihr Kind besondere Interessen?

.....

Gibt es Dinge, die Ihr Kind besonders mag/tut?

.....

Ist Ihr Kind selbstbewusst oder eher schüchtern?

.....

Wie begegnet Ihr Kind fremden Personen oder neuen Situationen? offen zurückhaltend

Wie reagiert Ihr Kind auf Unruhe, Eile, Hektik?

.....

.....

Leidet Ihr Kind unter Ängsten wie Dunkelheit, Alleinsein, Gewitter, Tiere, Gespenster, Höhen-/Platzangst?

.....

Hat Ihr Kind viel Phantasie? ja nein

Weint Ihr Kind schnell? ja nein

Ist Ihr Kind sehr mitfühlend? ja nein

Ist Ihr Kind leicht reizbar? ja nein

Wird Ihr Kind schnell zornig oder bekommt Wutanfälle? ja nein

Schlägt es oder macht Sachen kaputt? ja nein

Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen? ja nein

Hat Ihr Kind eine beste Freundin/besten Freund? ja nein

Übernachtet Ihr Kind auch bei anderen Personen? ja nein

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten/Kita/Schule? ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind den Anforderungen in der Schule/Kita/dem Alltag gewachsen ist? ja nein

Ist Ihr Kind oft müde und erschöpft? ja nein

Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken? ja nein

Hat es Probleme sich zu konzentrieren/Lernschwierigkeiten/Hausaufgaben? ja nein

Gibt es eine Lese/Rechtschreibschwäche? ja nein

Gibt es eine Rechenschwäche? ja nein

Leidet Ihr Kind unter Prüfungsangst? ja nein

Gibt es Verdacht auf ADS/ADHS/Autismus? ja nein

Gibt es besondere Verhaltensweisen wie z. B. Nägelkauen, Daumenlutschen, in den Haaren spielen?

Gibt/gab es wichtige bzw. einschneidende Ereignisse in Leben Ihres Kindes wie Umzug, Trennung, Mobbing, Todesfälle von geliebten Haustieren oder Personen?

.....
.....

Familienanamnese

Wie ist das Mutter/Kind Verhältnis?

Wie ist das Vater/Kind Verhältnis?

Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (bitte unterstreichen)?

z.B. Allergien — Asthma — Tuberkulose — Herzkrankheiten — Gefäßkrankheiten — Schlaganfall
Diabetes — Gicht — Rheuma — Krebs — Multiple Sklerose — Schuppenflechte — Neurodermitis
Migräne — Demenz — Parkinson — psychische Erkrankungen — Depressionen

Sonstige:

Gab es in Ihrer Familie frühe oder plötzliche Todesfälle, (versuchte) Selbsttötungen, sexuelle Traumen oder anderes?

.....
.....