

**Heilpraxis Ivo Falk**

**Wiesenweg 9**

**15374 MÜNCHEBERG**

**Tel:** 033432 916 645

**E-Mail:** [info@heilpraxis-falk.de](mailto:info@heilpraxis-falk.de)

### ***Anamnesebogen für Kinder***

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Geburtszeit \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit zum ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegegespräch ist er die Grundlage für die Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Ich bitte Sie zutreffendes anzukreuzen bzw. zu ergänzen.

Sollten Sie zu Beantwortung bestimmter Fragen mehr Platz benötigen als zur Verfügung steht, benutzen Sie die Rückseite des Fragebogens unter Angabe der Fragestellung.

Auch wenn Ihnen etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- eine Kopie aller ärztlichen Befunde und Analysen die Sie bisher erhalten haben
- Impfpass / Gelbes Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- eine Auflistung der Medikamente, die Ihr Kind zur Zeit einnimmt, respektive eingenommen hat.

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Gab es vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden irgendwelche besonderen Ereignisse die als möglicher Auslöser in Betracht gezogen werden könnten ?  
Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel, Trennung der Eltern usw.

---

---

---

---

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Welche?

---

---

---

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

---

---

---

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. Z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus), Gicht, Psych. Krankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinleiden, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Großeltern

mütterlicherseits: \_\_\_\_\_

Großeltern

väterlicherseits: \_\_\_\_\_

Geschwister Mütterlicherseits : \_\_\_\_\_

Geschwister Väterlicherseits : \_\_\_\_\_

Schwangerschaft und Geburt:

- gab es Untersuchungen in der Schwangerschaft (fetale Gewebeentnahm, Blut ?)

---

---

- Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen)

---

---

---

---

- Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt,

---

---

---

- Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten,

---

---

- Nikotin; Alkohol; Drogen in der Schwangeschaft,

---

- Lage des Kindes, Entbindung termingerecht?, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt

---

---

Neugeborenenperiode:

- APGAR, Sauerstoffmangel des Kindes unter der Geburt, Farbe des Kindes, Neugeborenen-Ikterus (Gelbsucht), Storchenbiss, auffällige Behaarung,

---

---

---

- Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (Mutter), eingerissene Brustwarzen, Brustentzündungen ...

---

---

---

- Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

---

---

- Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen-Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.

---

---

- gab es sonstige Auffälligkeiten wie zb. Milchschorf, Hauterscheinungen, wiederkehrende Koliken, Durchfälle ... (wenn ja – wie wurden diese behandelt?)

---

---

Entwicklung im ersten Lebensjahr:

- Zahnungsbeschwerden

---

---

---

- wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen

---

---

---

---

Sprachentwicklung:

- Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:

---

---

Sauberkeitsentwicklung:

- Tags, Nachts - Auffälligkeiten

---

---

---

Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten:

- Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind in welchem Alter durchgemacht? Komplikationen ? Hat es Medikamente bekommen?

---

---

---

Allgemeines: - *Zutreffendes bitte unterstreichen oder Farbig hervorheben* -

- Rechts/ Linkshänder
- Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?
- werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen Gut oder Schlecht vertragen?
- Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)?

Wann? Wo am Körper? \_\_\_\_\_

---

- Trägt Ihr Kind ohne Probleme enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen? \_\_\_\_\_
- Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte? \_\_\_\_\_

---

---

### Fieber:

- Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Bei Fieber: Kalte Hände; Kalte Füße aber warmer/heiße Kopf ?
  - Kalte Hände aber Warme/schwitzige Füße od. umgekehrt ?
  - Eine Wange Rot, die andere blass ?
  - Heiße Bauch bei Fieber?
  - Heiße Ohren bei Fieber?
  - Hitze besonders am Hals bei Fieber?
  - Heiße Fußsohlen bei Fieber?
  - Kalte Nase bei Fieber

### Allgemeines: - *zutreffendes ankreuzen oder farbig hervorheben-*

- saugt das Kind beim Stillen langsam oder schnell und kräftig?
- ist das Kind sofort nach dem Stillen wieder hungrig?
- ist es nach wenigen Schlucken schon befriedigt?
- schläft das Kind beim Stillen ein, ist es dabei unruhig oder weint es ?
- schwitzt das Kind beim Stillen?
- weigert sich das Kind zu saugen?
- lässt das Kind Blähungen, Urin oder Stuhl während des Stillens?

### Wie wirkt baden auf das Kind ?

- schreit es, verfällt in Konvulsionen und macht sich steif?
- badet gern und spielt im Wasser?
- fürchtet es sich vor dem baden?



#### Gestik des Kindes:

- verkrampft die Daumen?
- spielt die ganze Zeit mit den Fingern?
- nimmt ständig die Finger oder Gegenstände in den Mund?
- verlangt permanent nach seinem Schnuller? – weint und jammert wenn er weggenommen wird?
- verbirgt das Gesicht hinter vorgehaltenen Händen und schaut durch die Finger hindurch?
- hält sich im Schlaf an der Mutter fest?
- zieht andere an den Haaren?
- stampft auf mit den Füßen wenn es seinen Willen nicht bekommt?
- tritt im Schlaf mit den Füßen?
- spielt dauernd mit den Knöpfen seiner Kleidung?

#### Welche Spielsachen werden bevorzugt?

- spielt mit Gras?
- spielt Versteck?
- Kriegsspiele?
- Räuber und Gendarm – mit Pistolen?
- spielt mit Puppen?
- spielt mit lego?
- spielt Scrabble?
- Video-Spiele?

#### Vorlieben in Bezug auf die Kleidung?

- Tupfen- Muster werden bevorzugt?
- als Mädchen trägt bevorzugt jugenhafte Kleidung?
- steht gerne vor dem Spiegel und prüft seine Kleidung?

#### Spielt das Kind gerne mit anderen Kindern?

- ist lieber alleine und spielt nicht gerne mit anderen Kindern?
- spielt nicht gerne – sitzt in einer Ecke herum?
- mag Gesellschaft und nimmt leicht Kontakt zu anderen Kindern auf?
- ist verspielt und schelmisch
- berüchtigt dafür, anderen Kindern oder Lehrern gemeine Streiche zu spielen?

Weint das Kind, wenn es aus dem Kinderwagen/Bettchen gehoben– respektive, wenn es hinein gelegt wird?

Schlaf:

In welcher Schlafposition schläft das Kind?

- auf dem Bauch?
- zusammengerollt wie ein Hund?
- in Knie – Brust Lage?
- ändert oft seine Position?
- spreizt die Beine?
- bohrt den Kopf ins Kissen?
- zuckt beim Einschlafen mit den Extremitäten?
- knirscht das Kind während des Schlafes mit den Zähnen?
- reichlicher Speichelfluss während des Schlafes?
- wimmert oder weint im Schlaf?
- schreit im Schlaf?
- lacht im Schlaf?
- wacht auf beim kleinsten Geräusch?

Schwitzt das Kind während des Schlafes?

- Schweiß auf der Nase?
- Schweiß auf der Oberlippe?
- Schweiß auf der Unterlippe?
- Schweiß um die Augenlieder/ Augenbrauen?
- Schweiß auf dem Kopf?
- schwitzt überall außer am Kopf?
- schwitzt auf dem Bauch?
- schwitzt am Hals?

Verfärbungen der Wangen:

- Bläulich verfärbt?
- Blass?
- Umschriebene Rötung der Wangen?

Schreckhaftigkeit?

- erschrickt beim kleinsten unerwarteten Geräusch?
- reagiert empfindlich auf das Geräusch von fließenden Wasser?
- reagiert empfindlich auf schrille Geräusche?

Farbe und Geruch des Stuhl's?

- Schwarz
- Lehmfarben
- Grün
- Gestank nach faulen Eiern?
- veränderlich?
- wie geronnen?
- Fettig – Schmierig?
- schaumig?
- erst Hart dann Weich?
- klein, hart, kuglig wie Schafskot?
- blutig (mit Blutauflagerungen)

Kopf:

- Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, wenn JA – wie häufig, wodurch ausgelöst, was lindert die Schmerzen, was verstärkt selbige, wie ist der Schmerz zb. Stechend, drückend, pulsierend, pochend, hämmernd etc.

---

---

---

- Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger- Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Strabismus (Schielen)?

---

---

---

---

- Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, häufiges Nasenbluten usw.

---

---

---

- Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe vertragen usw.

---

---

- Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.

---

---

---

---

- Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

---

---

---

- Hals/ Kehlkopf: häufig Mandelentzündungen (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudo-Krupp,

---

---

- Lunge: häufiger Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.

---

---

- Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

---

---

---

- Magen- Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.

---

---

- Stuhlgang: Täglich, jeden \_\_\_ Tag. Farbe \_\_\_\_\_. Konsistenz \_\_\_\_\_  
Geruch \_\_\_\_\_

---

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.

---

---

Genitalien: Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose.

Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.

---

---

---

Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung? Wo treten/traten die Erscheinungen auf?

---

---

---

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß

---

---

---

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkaugen  
usw.

---

---

---

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (wann?), Schwierigkeiten beim  
Einschlafen, (zB. nur mit Licht im Flur bei angelehnter Tür), Alpträume,  
Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage

---

---

---

---

Appetit: keinen, wenig, viel, Heißhunger auf, Essstörungen usw.

---

---

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen/ Heißhunger auf?

---

---

---

---

---

---

Nahrungsmittelabneigung:

---

---

---

---

Durst: Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag \_\_\_\_\_,

Was trinkt Ihr Kind (und was würde es gerne trinken)? (Abneigung gegen ...)

---

---

---

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann (Nachts vor oder nach 24 Uhr?), wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.

---

---

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, traurig, depressiv, ein Anführer, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern

---

---

---



Wovor hat Ihr Kind Angst? Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen,  
Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen, Hühnern,  
Vögeln?

---

---

---

Fragen Sie ihr Kind nach wiederkehrenden Träumen. Bitte beschreiben Sie diese hier!

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?

Wollen Sie im Anschluss oder Vorfeld alleine mit mir reden/ telefonieren?

---

---

---

Den ausgefüllten Anamnesebogen senden Sie mir bitte vor der ersten Behandlung an:

Heilpraxis Ivo Falk, Wiesenweg 9, 15374 Müncheberg

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und die Mühe des Ausfüllens!