

# ANAMNESEBOGEN KINDER



## HEILPRAKTIKERIN

Martina Singh-Glowalla  
Bertha-von-Suttner-Allee 4  
Tel: 0173 / 89 41 924

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_

Lieber Patient,

Ich möchte ich Sie bitten, sich ein wenig Zeit für die Beantwortung folgender Fragen zu nehmen. Je genauer Sie mir die folgenden Fragen beantworten können, desto besser lerne ich Ihr Kind kennen und kann mir ein Bild von dem Grund Ihres Kommens machen, und umso einfacher gelingt es mir, Ihrem Kind ein passendes Mittel heraus zu suchen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Warum sind Sie gekommen? Art der Beschwerden.

---

---

---

Seit wann bestehen die Beschwerden?

---

---

---

Wo genau sind die Beschwerden?

---

---

---

Wie fühlen sich die Beschwerden an?

---

---

---

Gab es einen Auslöser/Grund für das Auftreten der Beschwerden?

---

---

---

Gibt es etwas, was die Beschwerden bessert oder verschlechtert?

---

---

---

Gibt es eine bestimmte Uhrzeit/Regelmäßigkeit, an der die Beschwerden besonders schlimm sind?

---

---

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

---

---

---

Wie verlief die Schwangerschaft? Irgendwelche Auffälligkeiten? Länge?  
Trennungen? Familienprobleme? Wunschkind?

---

---

---

Wie war die Geburt?

---

---

---

Wie verlief die Sprachentwicklung?

---

---

---

Wie verlief die motorische Entwicklung? Robben, Krabbeln Laufen?

---

---

---

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter?

---

---

---

Bestehen Allergien?

---

---

---

Welche Impfungen sind durchgeführt worden? (Falls unklar Kopie vom Impfpass)

---

---

Chronische Krankheiten? Allergien? In der Familie? Krebs? Bekannte Geschlechtskrankheiten?

Mütterlich: \_\_\_\_\_

---

---

Väterlich: \_\_\_\_\_

---

---

Wie würden Sie den Charakter Ihres Kindes beschreiben? Wie kann er/sie mit Frustration umgehen?

---

---

---

Braucht Ihr Kind Gesellschaft oder ist es lieber allein? Wie spielt es mit anderen?

---

---

---

Gibt es Vorlieben/Abneigungen bei der Nahrung? Guter Esser? Schlechter Esser?  
Unverträglichkeiten?

---

---

---

Wie ist die Verdauung? Verstopfungen, Durchfall? Regelmäßig? Blähungen? Verträgt es alle  
Nahrungsmittel?

---

---

---

Wie sieht der Schlaf aus? Werden die Nächte durchgeschlafen? Angst vor Dunkelheit/Gespensern?  
Nächtliches Aufwachen?

---

---

---

Besondere, immer wiederkehrende Träume?

---

---

---

Temperaturempfinden? Mag es warm oder kalt?

---

---

---

Schwitzt Ihr Kind leicht? Wenn ja, wo am Körper und durch was ausgelöst?

---

---

---

Reagiert Ihr Kind bei bestimmten Reizen besonders empfindlich? (Wetter, Regen, Schnee, Sonne, Licht, Zugluft,...) Bei Tadel? Auf bestimmte Materialien? (Wolle, andere Textilien, Creme, ....)

---

---

---

Fällt Ihnen noch etwas Wichtiges zu Ihrem Kind ein, was noch nicht zur Sprache gekommen ist?

---

---

---

Falls Sie mit dem vor gegebenen Platz unter einer Frage nicht auskommen, können Sie gerne die Rückseite des Fragebogens oder eine neue Seite für Ihre Beschreibung benutzen



**Heilpraktikerin**

Martina Singh-Glowalla  
Bertha-von-Suttner-Allee 4  
21614 Buxtehude  
Tel: 0173 / 89 41 924

**EINWILLIGUNG IN DIE HOMÖOPATHISCHE BEHANDLUNG**

Hiermit bestätige(n) ich/wir \_\_\_\_\_  
(Name des Patienten)

Wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
(Adresse des Patienten)

dass ich/wir \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse des Therapeuten)

\_\_\_\_\_ mit der  
homöopathischen Behandlung von \_\_\_\_\_  
(Art der Erkrankung)

beauftragt haben.

Ich/wir bestätige(n), von \_\_\_\_\_ ausführlich  
(Name des Therapeuten)

mündlich über die Risiken und Grenzen der geplanten Therapie aufgeklärt worden zu sein. Ich/wir wurde(n) auch auf alternative medizinische Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Angehöriger)

