

## Anamnesebogen Kinder:

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Name des Elternteils: \_\_\_\_\_

Vorname des Elternteils: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Heilpraxis

pura

Heilpraktikerin Caroline Thinius  
 Johannes-Wilhelm-Geiger-Weg 7  
 24768 Rendsburg  
 Tel.: 0177-2193122  
 E-Mail: mail@heilpraxis-pura.de  
 www.heilpraxis-pura.de

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
- Private Krankenversicherung
- Beihilfe
- Private Zusatzversicherung

### Grund Ihres Kommens:

- Bitte beschreiben Sie kurz Ihre jetzigen Beschwerden (die drei Hauptbeschwerden). -> Spalte 1
- Seit wann gibt es die Beschwerde, wann ist es zum ersten Mal aufgetreten? -> Spalte 2
- Welche Nummer (Skala 1-10) würden Sie Ihrer Beschwerde zuordnen (1 = sehr gering, 10 = extrem stark)? -> Spalte 3

Kurze Beschreibung jetziger Beschwerden (drei Hauptbeschwerden)	Seit wann?	1-10

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden, hat sich etwas verändert (vielleicht Auslöser)? z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente usw.
Was wurde schon unternommen, um die Beschwerden zu lindern? Arzt? Therapien?
Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt das Kind? (Bitte mitbringen!)

**Krankheitsgeschichte:**

Wie war die Schwangerschaft? Gab es Komplikationen bei der Geburt des Kindes?
Was gab es bisher für schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen? Kurz mit Zeitangabe dokumentieren!

Hat Ihr Kind bekannte Allergien? (Wenn möglich Zeitpunkt des ersten Auftretens dokumentieren)

**Aktuelle Erkrankungen:**

Bitte zutreffende Beschwerde **unterstreichen, ggf. ergänzen und eine Nummer** (Skala 1-10) zuordnen (1 = sehr gering, 10 = extrem stark).

Kopfschmerzen? Wo? Wann?
Haare (z.B. Haarausfall, Schuppen)?
Augen (z.B. Bindehautentzündungen, kurz-/weitsichtig, grauer Star, Makula-Degeneration)?
Ohren (z.B. Geräusche, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Schmerzen)?
Zähne (z.B. erste Füllungen, Wurzelbehandlung, Zahnfleischbluten, Weisheitszähne, usw.)?
Problem mit Nase, Mandeln, Hals, Schilddrüse?
Problem mit Herz (z.B. Rhythmusstörungen, Druck, Infarkt), Blutdruck?
Lunge (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Auswurf)?
Leber (z.B. Entzündung)?
Galle (z.B. Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit)?
Magen (z.B. Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen)
Darm (z.B. Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blähungen)
Stuhlgang (z.B. täglich, jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, Verstopfung, Durchfall)
Niere/Blase (z.B. bestehendes Einnässen nach 5. Lebensjahr, Entzündungen, Stechen im Rücken)
Arme, Beine Rücken (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Hautveränderungen, offene Wunden)
Gynäkologie (z.B. frühzeitige Mens, Zwischenblutungen, Schmerzen, Pilze, Myome, Zysten, Abtreibungen, Abort) Verhütungsmittel?

Fernsehen/PC:	Wie viele Stunden pro Tag?
---------------	----------------------------

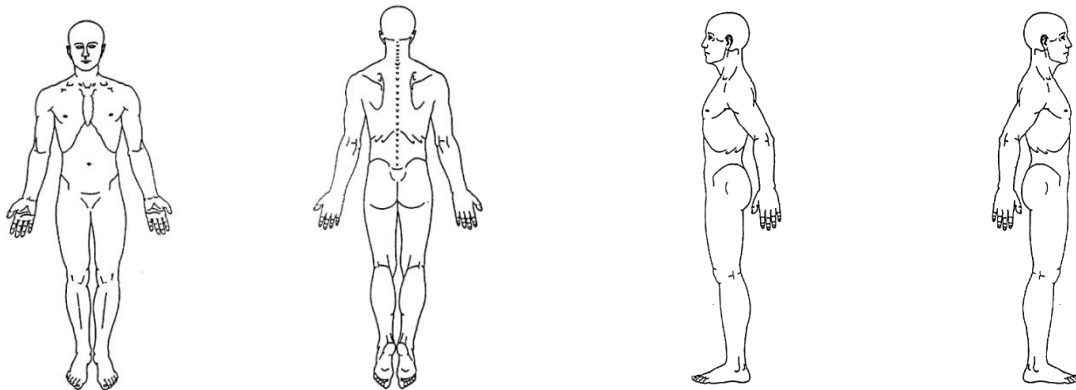
**Familie:**

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (Großeltern, Eltern, Geschwister)?  
Z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten,  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine,  
Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

Gibt es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

**Allgemein:**

Wo hat Ihr Kind Narben und seit wann?  
(Bitte auch kleine Narben einzeichnen!)



Das Kind ernährt sich bevorzugt von (bitte ankreuzen):

- Fleisch/Wurst
- Milchprodukte
- Mehlspeisen
- Gemüse
- Vegetarisch
- Gemischt
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie viel trinkt das Kind pro Tag und was?

Schlaf (bitte entsprechendes ankreuzen):	
<input type="radio"/> Schlaflosigkeit	<input type="radio"/> Sprechen im Schlaf
<input type="radio"/> Häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: _____)	<input type="radio"/> Unruhe in den Beinen
<input type="radio"/> Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/> Nachtschweiß
<input type="radio"/> Zähneknirschen	<input type="radio"/> heiße Füße
	<input type="radio"/> Träume?

Welche Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Wie beurteilen Sie die derzeitige seelische Verfassung Ihres Kindes? (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht) _____
---

Haben Sie Haustiere?

War das Kind im Ausland? Wo? Wann?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen?

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. (Datum, Ort, Unterschrift)