

## **Anamnese – Fragebogen für Kinder:**

Liebe Patienten, liebe Eltern,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie und Ihr Kind vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus, auch Sachen, die für Sie unwichtig erscheinen, können für mich sehr wichtig sein.

Ich weiß, dass ist ein bisschen Zeitaufwendig, aber umso mehr ich schon vor dem Termin über Sie weiß, umso schneller können wir uns ganz der Behandlung zuwenden.

**Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin per Email oder per Post zu.**

Vielen Dank

Ihre Miriam Eibl

Name: _____	Geburtstag: _____
Vorname: _____	Tel. privat: _____
Straße: _____	Vater: _____
PLZ-Ort: _____	Mutter: _____
Klasse: _____	Geschwister: _____

Wohnsituation: (wer lebt mit im Haushalt)

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich Aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK, BKK): \_\_\_\_\_
- Privatversichert: \_\_\_\_\_
- Beihilfe: \_\_\_\_\_
- Selbstzahler: \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?**

---

---

---

**Was sind die momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?**

---

---

---

**Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?**

---

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Evtl. Impfausweis mitbringen.**

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gab es übermäßige Reaktionen auf Impfungen?** \_\_\_\_\_

**Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?**

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Malaria
<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Tropenerkrankung	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Liegen Allergien vor?**

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Medikamente, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Ihr Kind Operationen? Wenn ja wann und welche Operation?**

---

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch Nahrungsergänzungsmittel)?** Dies ist sehr wichtig für mich, bitte bringen Sie zu Ihrem Termin den Beipackzettel oder das Medikament mit, falls sich bis zu Ihrem Termin etwas geändert haben sollte.

---

---

---

**Welche Vorerkrankungen sind bekannt?**

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Magenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hormonstörung	<input type="checkbox"/> Orthopädische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie an einer Erkrankung leiden, erläutern Sie mir bitte, falls nötig, was genau für eine Erkrankung und wie lange diese schon besteht. Z.B. bei Herzerkrankung – Herzinfarkt \_\_\_\_\_

---

**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?**

---

---

---

**Wie verlief die Schwangerschaft?** (vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalte, etc.) \_\_\_\_\_

---

---

**Wie verlief die Geburt?** (Kaiserschnitt, irgendwelche Probleme?)

---

---

---

**Wie ist die Verdauung?**

<input type="checkbox"/> Völlegefühl n.d. Essen	<input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Helicobakter Pylori	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich	<input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage	<input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 4-5 Tage

## *Naturheilpraxis Miriam Eibl*

### **Zum Kind:**

Größe: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport oder ist es in einem anderen Verein?  
\_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? \_\_\_\_\_

Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag und was?  
\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### **Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin, folgendes mit:**

(Sie können die Unterlagen auch gern mit dem Fragebogen vor dem Termin zu mir schicken)

- **Aktuelles Differenzialblutbild vom Hausarzt**
- **Aktuelle Befunde, Bilder (wie MRT, Röntgen etc.)**
- **Medikamentenliste, die Sie im Moment einnehmen**
- **Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis**

**Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe. Ich freue mich auf Sie.**

*Naturheilpraxis Miriam Eibl*