

## Anamnesebogen Kind

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis für Chiropraktik richte ich meinen Fokus auf die persönliche Gesundheit Ihres Kindes. Mein Ziel ist es, mir ein ganzheitliches Bild der Lage zu verschaffen, um Ihnen und Ihrem Kind die bestmögliche Hilfe zukommen zu lassen. Täglich erfahren wir physischen, chemischen oder emotionalen Stress, der über einen längeren Zeitraum zu einem Verlust der Gesundheit führen kann, ohne dass es uns bewusst wird. Dies betrifft auch schon die Kleinsten. Die Beantwortung dieser Fragen gibt mir einen Einblick in das spezielle Leben Ihres Kindes und hilft mir das gesundheitliche Potenzial besser einzuschätzen. Die Gesundheit Ihres Kindes ist mir wichtig.

### Persönliche Daten

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

### Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Str./Nr.:

PLZ:

Ort:

Tel: privat:

dienstl.:

mobil:

### Wie ist Ihr Kind versichert?

Selbstzahler

Privat versichert bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Waren Sie mit Ihrem Kind schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein

Ja, zuletzt am

bei:

Sind Sie mit Ihrem Kind momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja, wegen:

### Allgemeine Angaben übers Kind:

Größe:

cm

Gewicht:

kg

konstant

Zunahme

Abnahme

Mit wie viel Monaten konnte Ihr Kind:

krabbeln:

sprechen:

laufen:

aufs Töpfchen:

Gab es Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr?

Verspannt im Rücken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Überstreckt im Rücken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Haarabrieb am Hinterkopf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Konnte auf dem Bauch liegen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wühlkind	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schiefgehaltener Kopf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, rechts	<input type="checkbox"/> Ja, links
Lag in einem Bogen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, rechts	<input type="checkbox"/> Ja, links
Unreife Hüftentwicklung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, rechts	<input type="checkbox"/> Ja, links
Fußfehlstellung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, rechts	<input type="checkbox"/> Ja, links
Probleme mit den Augen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, rechts	<input type="checkbox"/> Ja, links

### Ein paar Fragen an die Eltern:

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes?

Dauer:

Einleitung:  Nein  Ja

Kaiserschnitt:  Nein  Ja

Hilfsmittel  Nein  Ja, welche:

Geburtsverletzungen:  Nein  Ja, welche:

Fehllage  Nein  Ja

Querlage  Nein  Ja

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Medikamente  Nein  Ja, welche:

Nahrungsergänzungsmittel  Nein  Ja, welche:

Sonstiges:

Schwangerschaften:

Wie viele Kinder haben Sie?

Wie oft waren Sie schwanger?

Wie lange haben Sie gestillt:  Monate

Gab es Schwierigkeiten beim stillen?  Nein  Ja, rechts  Ja, links

Hatte/war Ihr Kind:

Wenig gegessen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenig getrunken:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Viel gesabbert:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Oft gespuckt:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schreikind:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Drei-Monats-Koliken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Empfindlich im Nacken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Sich die Haare gerauft  
Viel Husten  
Viel Schnupfen  
Bronchitis  
Mittelohrentzündung  
Mandelentzündung

Nein  
 Nein  
 Nein  
 Nein  
 Nein  
 Nein

Ja  
 Ja  
 Ja  
 Ja  
 Ja  
 Ja

Hat Ihr Kind Schlafstörungen?

Nein

Ja, welche

Einschlafstörungen  
 Durchschlafstörungen  
 Unruhig  
 Viele Träume  
 Wird oft wach  
 Nachtschweiß  
 Zähne knirschen  
 Sprechen im Schlaf

Gibt es folgende Probleme im engen Familienkreis?

Plötzlicher Kindstod

Missbildungen

Gab es folgende Probleme?

Skoliose  
 Beinverkürzung  
 Nackenschmerzen  
 Migräne  
 KISS-Syndrom

Nackenprobleme  
 Rückenprobleme  
 Kopfschmerzen  
 Verspannungen  
 Haltungsprobleme

Ist Ihr Kind geimpft gegen:

Tuberkulose  
 Diphtherie  
 Pocken

Polio  
 Tetanus  
 Grippe

Hepatitis  
 Cholera  
 Zecken

Sonstiges:

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

Nein

Ja, und zwar

Fieber

Unruhe

Krämpfe

Schlaflosigkeit

Verhaltens Veränderung

Hat Ihr Kind Allergien?

Nein

Ja, gegen

Wurde Ihr Kind schon operiert?

Nein

Ja, welche

Hatte Ihr Kind schwere Stürze/Verletzungen?

Nein

Ja, welche

Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre/Retainer?

Nein  Ja, welche

Nimmt Ihr Kind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Nein  Ja, welche

Trägt Ihr Kind Schuheinlagen?

Nein  Ja, welche

Wann und wo war die letzte Röntgenuntersuchung Ihres Kindes?

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT...)?

Leidet Ihr Kind unter

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohrinfektionen:            | <input type="checkbox"/> links                         | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen:              | <input type="checkbox"/> links                         | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme:               | <input type="checkbox"/> links                         | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Oft erkältet               | <input type="checkbox"/> Verstopfung                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität             | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme            |                                 |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Lethargie) | <input type="checkbox"/> Durchfall                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> Blähungen                  | <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeit |                                 |
| <input type="checkbox"/> Fieber                     | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust            | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit     |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ausschlag                  | <input type="checkbox"/> Juckreiz                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pilz                       | <input type="checkbox"/> Lähmungen                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis              | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte               |                                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung     |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                 | <input type="text"/>                                   |                                 |

**Mit welchem Wunsch/Ziel sind Sie zu mir gekommen?**

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr persönliches Einverständnis zu obigen Angaben.

Patientenname in Druckbuchstaben:

Gettorf, den

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)