



**Eltern**  
stehen auf e.V.

| <b>Anamnese-Fragebogen</b>                                      |                                     | <i>Kinder</i> |
|---|-------------------------------------|---------------|
| Name:   | Vorname:                            |               |
| Straße und Hausnummer:  |                                     |               |
| PLZ:  | Ort:                                |               |
| Geburtsdatum:   | Geburtsort:                         |               |
| Größe:  | Gewicht:                            |               |
| Haarfarbe (Naturhaarfärbung):                                   | Augenfarbe:                         |               |
| Hautteint:  | Blutgruppe:                         |               |
| Rhesusfaktor<br>(wenn bekannt):                                 |                                     |               |
| Innerhalb der Familie<br>„gelebte“ Religion (Glaubensrichtung): |                                     |               |
| Name<br>der <b>Mutter</b> :                                     | Name<br>des <b>Vaters</b> :         |               |
| Geburtsdatum<br>der <b>Mutter</b> :                             | Geburtsdatum<br>des <b>Vaters</b> : |               |
| Krankenkasse:   | Hauptversicherter:                  |               |
| Versicherungsnummer:  |                                     |               |

### Bestehen aktuell gesundheitliche Beschwerden?

Wenn Ja, bitte möglichst mit Datum wann die Beschwerden begonnen haben und was Ihnen genau Probleme macht!

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat)<br>Was? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat)<br>Was? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat)         |

Von alt nach neu sortieren



**Eltern**  
stehen auf e.V.

**Wenn zuvor mit JA geantwortet wurde:**

Kam es VOR Beginn der Beschwerden zu irgendwelchen Veränderungen oder auch medizinische „Notwendigkeiten“?

1. Medikamentenein- oder Umstellung?
2. Akute Verschreibung und Einnahme von Medikamenten? (zb. Antibiotika)
3. Impfungen?
4. Zahnfüllungen (oder generelle Eingriffe im Dentalbereich)?

**Zu 1:**

**Zu 2:**

**Zu 3:**

**Zu 4:**



### Nimmt ihr Kind Medikamente ein?

| Name/Hersteller/Wirkstoff? | Dosierung? | Seit wann? |
|----------------------------|------------|------------|
|                            |            |            |
|                            |            |            |
|                            |            |            |
|                            |            |            |

### Sonstiges

| Allergien?<br>(ALLES worauf Mensch allergisch werden kann)           | Nein | Ja | Was? | Seit wann? |
|--|------|----|------|------------|
| <b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten?</b><br>(Laktose, Gluten...usw) |      |    |      |            |
| <b>Fremdkörper?</b> (Schrauben, Metalle, Prothesen usw)              |      |    |      |            |
| <b>Narben?</b> (Zb. OP Narben)                                       |      |    |      |            |

### Vegetative Anamnese

|   |  |
|---|--|
| <b>Appetit:</b><br>(normal?)  |  |
| <b>Trinken:</b><br>(ausreichend?)   |  |
| <b>Stuhlgang:</b><br>(regelmäßig?)  |  |
| <b>Wasserlassen:</b><br>(regelmäßig?)                                       |  |
| <b>Schlaf:</b><br>(erholsam, einschlafschwierigkeiten, durchschlafprobleme) |  |
| <b>Schwitzen:</b><br>(vermehrt? Starker Geruch?)                            |  |
| <b>Entwicklung des Körpergewichtes:</b><br>(häufig Zu-und Abnahme?)         |  |
| <b>Sport:</b><br>(Welcher Sport, seit wann, wie intensiv?):                 |  |
| <b>Wichtige frühere Krankheiten und OPs:</b>                                |  |

Bitte weiteres Blatt einfügen wenn nötig!!!



| <b>Wurde Ihr Kind schon in einer der folgenden Einrichtungen vorgestellt?</b><br>(vergangene und/oder gegenwärtig) |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Physiotherapie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Psychologe</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Logopädie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Osteopathie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Homöopathie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Ergotherapie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>HNO</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Dermatologie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Neurologie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Kieferorthopädie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |



**Eltern**  
stehen auf e.V.

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Allergologie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Gastroenterologie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Endokrinologie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Kardiologie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Orthopädie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ja, wegen:</b><br>(Monat+Jahr) |
| <b>Andere die hier nicht<br/>aufgeführt sind:</b><br><br>(wenn nötig, separates Blatt<br>beifügen) |                                      |  |

**Bitte weiteres Blatt einfügen wenn nötig!!!**