

Praxis für Naturheilverfahren



Anamnesefragebogen für Kinder

Herzlich willkommen in der Naturheilpraxis Stefan Dreinhöfner!

Nachfolgend möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch wieder zu uns zurückzusenden.

Bitte kreuzen Sie bei den Beispielen an, sofern diese zutreffen oder beantworten Sie mit Ihren eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Persönliche Daten

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum, -ort, -zeit: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Schule/Kindergarten: _____

Geschwister: _____

Körpergröße, Gewicht: _____

Blutgruppe: _____

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leidet Ihr Kind und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

- 1. _____ seit: _____
- 2. _____ seit: _____
- 3. _____ seit: _____
- 4. _____ seit: _____
- 5. _____ seit: _____
- 6. _____ seit: _____

Welche Behandlungen hat Ihr Kind bereits gegen die Beschwerden bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken oder Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

- sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen
 Hautausschläge andere:

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte schreiben Sie hier alle durchgemachten Erkrankungen /Operationen/ Unfälle auf:

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind gehabt?

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | | | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Leidet Ihr Kind häufig unter Infekten?

- | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Mandelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | wenn ja, wie häufig? | | |

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Migräne | |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten: | | | |

Sind Allergien bekannt?

Nahrungsmittel:

Pollen:

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Covid-19 | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Ernährung

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

wenn ja, welche:

Welche Nahrungsmittel isst Ihr Kind?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen
 Eier Zucker Nüsse Zuckerersatzstoffe

Verlangen nach:

Süß Sauer Pikant Bitter
 Salzig Scharf Fleisch Eier
 Obst Nikotin Alkohol

Abneigungen gegen:

Süß Sauer Pikant Bitter
 Salzig Scharf Fleisch Eier
 Fett

Stuhlgang

täglich jeden 2. Tag
 unregelmäßig riecht nach:
 häufig Verstopfung Neigung zum Durchfall
Konsistenz des Stuhls: hell dunkel übelriechend
 hart knollig weich
 schmierig pastenartig
 kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Entwicklung

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente /Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

War die Geburt eine normale?

ja nein; Besonderheiten:

Wurde Ihr Kind gestillt?

ja nein

Wann konnte Ihr Kind

krabbeln **laufen** **sprechen** **war es trocken?**

(Angaben bitte in Monaten)

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Zähneknirschen Nachtschweiß Lebhaftige Träume
 häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____ häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlafzeit von/bis: _____

Schmerzfragen

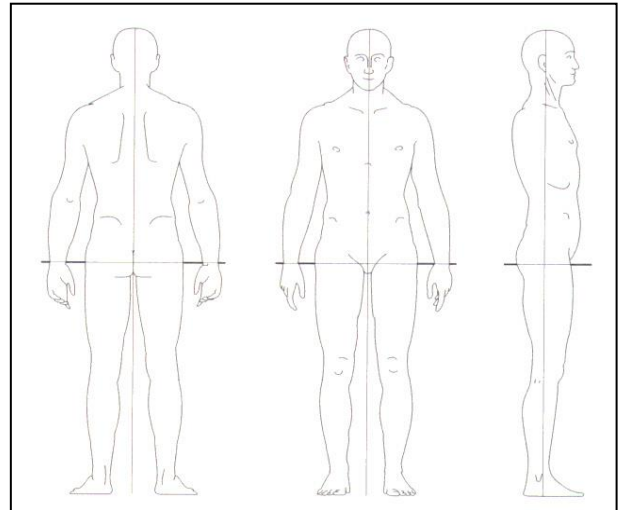
Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

- Kreuz = Punktförmiger Schmerz
Linie = Unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil = Ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1 bis 10 :

- 1 = schwach
5 = mittel
10 = sehr stark

meine Schmerzskala liegt bei: _____



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich
 seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend brennend stechend klopfend drückend
 krabbelnd reißend kolikartig krampfend dumpf
 beengend bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

- Körperliche Belastung längeres Stehen Sitzen Gehen
 Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten
 Niesen Tageszeit _____ Wetterlage Monatsblutung
 Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe Schlaf Bewegung Sport Kälte Wärme
 Schmerzmittel Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

- Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit
 Schweißbildung Seh- oder Hörstörungen
 Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit
 Schwindel Bewegungseinschränkung

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Stand 11/2021 · Quelle: Akademie Cellsymbiosistherapie

Was wir noch sagen müssen

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte Chiropraktik Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

1.) Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2.) Das Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 - 14 U 44/96)

„ Ein Heilbehandler (Arzt / Heilpraktiker / Osteopath) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich werde / wurde über das eventuelle Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten werde ich im persönlichen Gespräch klären.

Gegebenenfalls erhobene Einwände werden schriftlich festgehalten.

Raum für Anmerkungen

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie, u.a.) abgelehnt, oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind durch amerikanische Chiropraktik behandelt werden darf.

Name (in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu oben gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Gütersloh, _____ Unterschrift: _____