Naturheilpraxis
Heilpraktikerin
BRITTA BRANDT

Anamnese – Patientenerhebung KINDER

Kontaktdaten:

Name _____ Vorname des Kindes _____
Straße _____
Ort _____
Tel _____ Fax _____ Mobil _____
Mail _____ Verteiler _____ Geburtstag _____
Krankenkasse _____
Zusatzversicherung _____
Hausarzt _____

Persönliches:

Familienstand _____ Kinder _____ wievielte _____
Schwangerschaften _____ Abbrüche _____ Fehlgeburten _____
Beruf _____ aktuelle Tätigkeit _____
Schule/Klasse _____ Kindergarten _____
Hobbies _____
Haustiere _____
letzter Urlaub (wann/wo?) _____
Größe _____ Gewicht _____ RR _____ Puls _____
aktuell in ärztl Behandl.? _____
Brille/Kontaktlinsen _____ weit-/kurzsichtig _____
Schuheinlagen _____ Sonstiges _____

Schwangerschaft
•bes. Lebensveränderungen •Medikamenteneinnahme •Rauchen/Alkohol •starke Erschöpfung •starker Eisenmangel •seelische Belastung •Trauer •Sonstiges

_____
_____
_____

Geburt
•Medikamente unter derGeburt •Dauer •Komplikation •Kaiserschnitt •Frühgeburt •Spätgeburt •PDA •Wehenhemmer- oder förderer •traumatisch •Sonstiges

_____
_____
_____

Wurde ihr Kind gestillt? Wie lange?

_____

Am Badeteich 15, 38302 Wolfenbüttel, Tel: 0177 6738916

Komplikationen nach der Geburt
•Gelbsucht •Sauerstoffmangel •Brutkasten •Medikamenteneinnahme •Sonstiges

_____
_____
_____

Allergien/Unverträglichkeiten / Milchschorf _____
_____

Impfstatus (wann/welche)_____
_____
_____

Impfunverträglichkeiten _____
durchgemachte Kinder KH/Operationen _____
_____
_____

wurden diese oder andere Erkrankungen schon mal mit Antibiose behandelt? Falls ja, welche und wann das letzte Mal?

_____
_____

neigt Ihr kind zu Infekten? Wenn ja welche?

_____
_____
_____
_____

Entwicklung:
krabbeln_____ laufen _____ sprechen_____ trocken Tag_____
trocken Nacht _____ Bettnässer _____

Erkrankungen der Eltern/Geschwister/Großeltern:
•Krebs •Depressionen •Demenz •Suizid •Bluthochdruck •Herzinfarkt •Schlaganfall •Embolien •Thrombose •Gallen-/Nierensteine •Diabetes •Leberzirrhose •Gicht •HIV •Rheuma •TBC •Geschlechtskrankheiten •Migräne •Asthma •Allergien •Morbus Crohn •Colitis ulcerosa •Multiple Sklerose •Neurodermitis •Psoriasis •Epilepsie •Sonstiges

_____
_____
_____
_____
_____

Medizinisches:

•Schmerzmittel •Diabetes •Augen-/Nasentrpf. •Nahrungsergänzung •Schilddrüse •naturheilk. Mittel •Sonstiges

_____
_____
_____

Sexualität: •ausgeglichen •Beschwerden beim Geschlechtsverkehr •Sonstiges

_____

_____

Schlaf: •übliche Zubettgehzeit _____ •übliche Aufstehzeit _____ •Einschlafprobleme •Durchschlafprobleme (Aufwachzeit?) •Schichtarbeit •Sprechen im Schlaf •Schnarchen •Zähneknirschen •Unruhe in den Beinen •Nachtschweiß •nächtliches Wasserlassen •Albträume •Sonstiges

_____

_____

Lebensführung:

- Gewichtsverlust bzw. –zunahme in den letzten 3-6 Monaten?_____
- Wieviel Liter Flüssigkeitszunahme pro Tag?_____
- Welche Getränke?_____
- Wieviele Mahlzeiten pro Tag?_____
- Bestimmte Ernährungsrichtlinien (veget./vegan/Diät/Vorlieben)?_____

_____

_____

- Wieviel Alkohol am Tag?_____
- Wieviele Zigaretten am Tag?_____
- Drogen? Wann? Was? _____
- Aktuell Stress zu Hause/Arbeit?_____

_____

- Gefühl genug Schlaf zu bekommen?_____
- Ausgeruht?_____
- Sport? Welchen? Wie oft?_____

Operationen/Verletzungen/Narben:

Wann? Was?

Sonstiges: