



Elisabeth Götte

Heilpraktikerin · Klassische Homöopathie

Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg
Tel: 040 / 30852533

kontakt@homoeopathie-goette.de
www.homoeopathie-goette.de

Anamnesebogen für Kinder

Name	_____	Vorname	_____
Geburtstag	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____		
Telefon	_____	Versicherung	_____
Email	_____		
Wer hat meine Praxis empfohlen?	_____		

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen. Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass und das gelbe Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen und den Behandlungsvertrag
- Beipackzettel der Medikamente, die ihr Kind zur Zeit einnimmt
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.)

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? (Bitte Beipackzettel mitbringen.)

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. Z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter:

Vater:

Großeltern
mütterlicherseits:

Großeltern
väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

Schwangerschaft und Geburt: Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.

Neugeborenenperiode: Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.

Entwicklungen im ersten Lebensjahr: Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.

Sprachentwicklung: Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:

Sauberkeitsentwicklung: tags, nachts usw.

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen?

Allgemeines

- Rechts/ Linkshänder
- Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?
- Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?
- Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?
- Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?
- Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?
- Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
- Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf?

Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlen-entzündungen usw.

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.

Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohrhinge getragen usw.

Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

Hals/ Kehlkopf: Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrupp usw.

Lunge: Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.

Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

Magen- Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.

Stuhlgang: Täglich, jeden ____ Tag, Farbe _____, Konsistenz _____, Geruch_____

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.

Genitalien: Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose. Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.

Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit usw.

Appetit: Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:

Nahrungsmittelabneigung:

Durst: Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag _____, Was trinkt Ihr Kind gerne?

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.

Wovor hat Ihr Kind Angst? Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.

Was spielt Ihr Kind gerne/ Was macht Ihr Kind gerne in seiner Freizeit?

**Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?
Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/ telefonieren?**

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN MINDERJÄHRIGER gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Elisabeth Götte
Papenhuder Straße 25
22087 Hamburg

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Elisabeth Götte
Papenhuder Straße 25
22087 Hamburg