



# Naturheilpraxis HANDELOH

## Anamnesebogen für Kinder

---

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Rechnungsempfänger plus Geburtsdatum

Geburtstag

Geburtsort

Geburtszeit

Versicherung

---

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch 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 alles.

### **Bitte bringen Sie**

- ein Foto
- Impfpass
- gelbes Untersuchungsheft
- alle ärztlichen und/oder zahnärztlichen Befunde
- Beipackzettel von Medikamenten, die ihr Kind zur Zeit einnimmt
- und diesen ausgefüllten Anamnesebogen mit.

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 z.Z. Medikamente ein? Welche? (Bitte Beipackzettel mitbringen)**

---

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

---

**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:** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft und Geburt:** Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente in der Schwangerschaft, 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, Nabelentzündung, Schiefhals, gestillt? Dauer? Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.

---

---

---

---

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?** Bitte bringen Sie den Impfpass mit. Z.B. Pocken, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, HIB (Hämophilus influenza), Hepatitis, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, FSME, Grippe, Tollwut, Tine-Test.

---

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

---

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

---

**Sprachentwicklung:** Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:

---

**Sauberkeitsentwicklung:**

---

**Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Wurden Medikamente gegeben?** Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Keuchhusten, 3-Tage-Fieber, Pfeiffersches Drüsenfieber usw.

---

---

## **Allgemeines:**

Rechts-/Linkshänder.

Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes 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, nach Stuhl)? Wann?

Trotz Waschens oder Badens? Wo am Körper?

Trägt Ihr Kind eng anliegende Kragen oder enge Gürtel? Lätzchen?

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, oder Krankenhausaufenthalte?

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen oder auf den Mond/Vollmond?

Welche Jahreszeit mag Ihr Kind?

## **Reagiert Ihr Kind schnell auf Fieber? Wann? Wie hoch?**

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Fieberkrampf?

**Kopf:** z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen usw.

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

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

**Ohren:** z.B. Mittelohrentzündung (Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohrringe vertragen usw?

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

**Zähne:** z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

**Hals/Kehlkopf:** z.B. Mandelentzündung, Heiserkeit, Krupp/Pseudokrupp usw.

**Lunge:** z.B. Husten, Bronchitis, Auswurf, Schmerzen, Lungenentzündung, Asthma usw.

**Bewegungsapparat:** z.B. Stechen, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, Kalte und/oder schwitzige Hände/Füße, Knochenbrüche, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

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

---

**Stuhlgang:** täglich, jeden \_\_\_\_\_ Tag. Hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, wässrig, schmerzhaft usw.

**Urogenitaltrakt:** z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Blasen- bzw. Nierenentzündung, Urinmenge, -farbe, -geruch usw.

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

**Haut:** z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktion auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung, Narbenbildung usw.

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

**Nägel:** z.B. Flecken, Rillen, Nagelbettentzündungen, eingewachsene Zehennägel, Nägelkauen usw.

**Schlaf:** z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen usw.

**Schlaflage:** z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf usw.

**Appetit:** z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger usw.

**Verlangen nach:** (Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist). Z.B. kalt, heiß, sauer, süß, salzig, geräuchert, stark gewürzt, scharf, Senf, Speck, Milch, Fisch, Fleisch, Wurst, Schinken (roh), Kartoffeln, Fett und fette Speisen, Butter, Käse, Brot, Eier, Obst (unreifes Obst), Apfelsinen, Eiscreme, Eiswürfel, Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide), Lieblingsessen?

**Abneigung gegen:** (Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist). Z.B. kalt, heiß, sauer, süß, Milch, Fett und fette Speisen, Butter, Käse, Eier, Fleisch, Schinken (roh), Kartoffeln, Schweinefleisch, Fisch, Salat, grünes Gemüse, Sonstiges?

**Durst:** z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes usw.

**Schweiß:** Schwitzt Ihr Kind leicht? Wann? An bestimmten Körperstellen? Geruch, keine Schweiß?

**Temperaturempfinden:** Z.B. frostig, kalt, warm, hitzig usw.

**Stimmung, Temperament:** Z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam gesellig, offen, schüchtern usw.

---

**Wovor hat Ihr Kind Angst?** Z.B. Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Geister, Räuber, Gewitter, Höhe, Wasser usw.

---

**Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?**

---

**Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/telefonieren?**

---

## Naturheilpraxis Handeloh

Stefanie Pilsinger  
Hauptstr. 6 a  
21256 Handeloh  
Handy 0162/2598239  
info@naturheilpraxis-handeloh.de  
www.naturheilpraxis-handeloh.de

### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Naturheilpraxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit. Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme: In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich nur für Sie reserviert. Deshalb ist ein **Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen**. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Die von mir erstellten Rechnungen erhalten Sie von der Firma Mediserv. Firma Mediserv erledigt die buchhalterisch notwendigen Arbeitsvorgänge für mich. Aus Datenschutzgründen muss ich Sie darüber informieren.

Die o.g. Informationen habe ich gelesen und bin einverstanden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Datum: \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte gern über Newsletter Neuigkeiten aus der Praxis erhalten.

Meine E-Mail Adresse lautet: \_\_\_\_\_

## Naturheilpraxis Handeloh

Stefanie Pilsinger

Hauptstr. 6 a

21256 Handeloh

Handy 0162/2598239

info@naturheilpraxis-handeloh.de

www.naturheilpraxis-handeloh.de

### Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin: Stefanie Pubanz, Hauptstraße 6, 21256 Handeloh

Kreuzen Sie hier an, wenn Sie meinen Newsletter mit Informationen über Veranstaltungen, Vorträge, Kurse und Seminare per Email erhalten möchten [ ]

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten des Kindes 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 Trägers der elterlichen Verantwortung:



## **Naturheilpraxis Handeloh**

Stefanie Pilsinger

Hauptstr. 6 a

21256 Handeloh

Handy 0162/2598239

info@naturheilpraxis-handeloh.de

www.naturheilpraxis-handeloh.de

### **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:

Stefanie Pilsinger, Hauptstr. 6 a, 21256 Handeloh, 0162/2598239