



Anamnesebogen für Kinder

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. geschäftl. _____

PLZ/ Ort _____ Mobil _____

Mail _____ Versicherung _____

Geschwister _____

Wer hat mich empfohlen? _____

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. Bitte erwähnen Sie auch eventuelle Punkte, die Ihnen unwichtig erscheinen.

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

Ihre
Karen Schürmann

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen Befunde des letzten Jahres
- Impfpass
- Gelbes Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen und Behandlungsvertrag
- Beipackzettel der Medikamente, die Ihr Kind zurzeit einnimmt
- Ein Foto



Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Auch: Lokalisation der Beschwerden, seit wann bestehend, zu welcher Zeit treten sie auf, 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.)

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

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Nieren- oder Gallensteine, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____



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, Sauglocke, 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.

Hat es Reaktionen auf Impfungen gegeben? Auf welche?

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 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, Nasennebenhöhlenentzündungen 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 vertragen 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, Pseudokrapp usw.

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

Rücken und 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, Nachtschweiß, 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.

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

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



KAREN SCHÜRMAN
HEILPRAKTIKERIN
KLASSISCHE HOMÖOPATHIE

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?
Möchten Sie im Anschluss allein mit mir reden/ telefonieren?



Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient, vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken.
Vorab noch ein paar organisatorische Informationen:

Terminabsagen:

Ich möchte Sie bitten, Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Mail oder SMS abzusagen. Im Falle einer Absage innerhalb von 24 Stunden behalte ich mir vor 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen, da kurzfristig abgesagte Termine leider nicht neu vergeben werden können.

Behandlungskosten:

Sie erhalten von mir eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Ich weise darauf hin, dass die Kosten für meine Behandlung möglicherweise nicht vollständig von Ihrer privaten (Zusatz-)Versicherung übernommen werden. Mit der Unterzeichnung dieses Behandlungsvertrages, erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Datenschutz:

Zum Zweck der Versorgung und Abrechnung werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet, also Ihre Kontakt - und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen etc. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Wenn Sie meine Beratung über Dienste wie WhatsApp oder Ähnliche in Anspruch nehmen, kann ich nicht für die Sicherheit dieser Informationen garantieren und es geschieht auf Ihre eigene Verantwortung.

Supervision:

Selbstverständlich unterliege ich der Schweigepflicht. Zur Sicherstellung einer bestmöglichen Behandlung habe ich es mir zum Grundsatz gemacht, gelegentlich Patientenfälle mit erfahrenen Kollegen zu reflektieren. Diese Fallbesprechung erfolgt anonym, ohne Angaben von Namen oder sonstigen Daten, die einen Rückschluss auf die Identität des Patienten zulassen würden. Weiter unten haben Sie die Möglichkeit Ihr Einverständnis zu dieser Supervision zu geben bzw. zu verweigern.

Bitte bringen Sie diesen Behandlungsvertrag, zusammen mit dem Anamnesebogen, zum ersten Termin ausgefüllt mit.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Mobil: _____ Email: _____

Bitte streichen Sie nicht zu treffendes: Ich bin damit einverstanden / Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Behandlung im Rahmen einer Supervision, anonymisiert, besprochen wird.

Datum und Unterschrift _____
Gerichtsstand Hamburg