



Heilpraktikerin und Homöopathin  
Moorhof 2 D, 22399 Hamburg (Praxis von Melanie Fritzen, 1. Stock links)

Fon: 0179 948 12 85  
Praxis@PetraSchleifer.de · www.PetraSchleifer.de

## Anamnesebogen für Kinder

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Geburtszeit: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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, zutreffendes zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Informationen zum Krankheitsverlauf aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern auch früher aufgetretene Krankheiten und Störungen sind für uns von großer Bedeutung.

Ebenfalls wichtig für uns ist zu erfahren, welche Einflüsse (z.B. Wärme, Ruhe, Bewegung, Beschäftigung etc.) die Beschwerden bessern, welche sie verschlechtern, und wann die Beschwerden erstmalig aufgetreten sind. Auch wenn es Ihnen noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie alles.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

**Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?** z.B. auch: Wo treten die Beschwerden auf, seit wann, wie, also auch: zu welcher Zeit, wodurch bessern oder verschlechtern sie sich 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, Tod eines Verwandten/ Freundes usw.

---

---

---

---

**Nimmt Ihr Kind z. Zt. Medikamente ein? Welche?** (Bitte den Beipackzettel mitbringen)

---

---

**Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen?**  
Wenn ja, wann und warum?

- Ja, \_\_\_\_\_
- Nein

**Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?** Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen wie z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Selbsttötung, 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 während 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, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen, gestillt? Dauer?

---

---

---

---

**Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch?  
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Fieberkrampf?**

---

---

---

---

**Kopf:** z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Stirn- oder Nebenhöhlenentzündung

---

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

---

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

---

**Ohren:** z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe getragen? 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.

---

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

---

**Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?** z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, vermehrtes Schlafbedürfnis, Schreianfälle 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? Wann? Wurden Medikamente gegeben?** z.B. 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 enganliegende Kragen oder enge Gürtel? Lätzchen?

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen?

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

Welche Jahreszeit mag Ihr Kind? Wann fühlt es sich deutlich schlechter?

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

---

**Bewegungsapparat:** z.B. Stechen, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Krämpfe, kalte Hände/ Füße, 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

z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft usw.

---

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

---

**Genitalien:** z.B. äußerliche Genitalentwicklung; bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose; bei Mädchen: Ausfluss, Menstruationsbeschwerden usw.

---

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

---

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

---

**Nägel:** z.B. Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, 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, Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide), sonstiges?

---

**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. wenig, keinen, viel, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes usw.

---

**Schweiß:** Schwitzt Ihr Kind leicht? Wann? An bestimmten Körperstellen? Geruch? usw.

---

**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.

---

---

---

**Was gibt es noch, was ich unbedingt wissen sollte?**

---

---

---