

Anamnesebogen für Kinder

BIS 12 JAHRE

Bitte füllen Sie den Bogen für Ihr Kind aus und schicken ihn uns vorab per E-Mail oder bringen ihn ausgefüllt zum ersten Termin mit. Lassen Sie aus, was nicht zutrifft — ältere Kinder dürfen gern selbst mitschreiben.

Je besser der Bogen ausgefüllt ist, desto schneller finden wir die Ursache.

Gerade bei Kindern liegt der Schlüssel oft weit zurück: Schwangerschaft, Geburt, die ersten Lebensmonate, ein Antibiotikum, ein Umzug. Deshalb fragen wir auch nach früheren Wohnungen, Haustieren und Reisen — nach Dingen also, die mit den heutigen Beschwerden auf den ersten Blick nichts zu tun haben.

Bitte antworten Sie auch dort, wo Sie den Zusammenhang nicht sehen — den stellen wir her.

DREI BEISPIELE

Ein hartnäckiger Hautausschlag kann von der Wohnung kommen — Schimmel, frische Wandfarbe, ein neuer Teppich — oder von einer Reise: Parasiten zeigen sich oft erst Monate später.

Schimmelpilzgifte in der Wohnung können Kinder unruhig und unkonzentriert machen, lange bevor jemand an die Wohnung denkt.

Wiederkehrende Bauchschmerzen beginnen häufig nach einem Infekt oder einem Antibiotikum, das Jahre zurückliegt.

Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft, den Impfpass und alle Befunde mit — gern vorab per E-Mail. Beim digitalen Ausfüllen bitte die Datei speichern, bevor Sie sie schließen.

STAND SEPTEMBER 2026

ANGABEN ZUM KIND

VORNAME		NAME		GEBURTSDATUM
GRÖSSE (CM)	GEWICHT (KG)	KITA, SCHULE		KLASSE
GESCHLECHT		GESCHWISTER MIT JAHRGANG		
weiblich männlich				

ELTERN UND SORGBERECHTIGTE

NAME MUTTER	GEBURTSDATUM	BERUF	TELEFON	E-MAIL MUTTER
NAME VATER	GEBURTSDATUM	BERUF	TELEFON	E-MAIL VATER
STRASSE, NR.	PLZ	ORT	BEI WEM LEBT DAS KIND	
ZWEITE ANSCHRIFT FALLS GETRENNT: STRASSE, NR.	PLZ	ORT	BOGEN AUSGEFÜLLT VON	

FAMILIENSITUATION

Eltern leben zusammen
getrennt
alleinerziehend
Patchworkfamilie
Pflege- oder
Adoptivkind

VERSICHERUNG DES KINDES

Selbstzahler (gesetzlich)
Postbeamtenkrankenkasse
voll privat versichert
beihilfeberechtigt
zusatzversichert
über die Mutter
über den Vater

SONSTIGES

KRANKENKASSE DES KINDES

NAME DER KRANKENKASSE

KINDERARZT / KINDERÄRZTIN

BESCHWERDEN

Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?

Bitte eintragen, seit wann die Beschwerden bestehen und wie stark sie sind — mit einer Zahl von 0 bis 10. Das Wichtigste zuerst.

BESCHWERDE	SEIT	0-10

BISHER BEHANDELT

Wer hat Ihr Kind deswegen schon behandelt?

niemand Facharzt Heilpraktiker
Kinderarzt Klinik Osteopathie
aktuell noch in Behandlung

Welche Behandlung, mit welchem Ergebnis?

Wie erlebt Ihr Kind Untersuchungen und Behandlungen?

unproblematisch
große Angst vor Blutentnahmen
Angst vor Spritzen
Angst vor Ärzten oder der Praxis
wird schnell panisch
ist beim Blutabnehmen schon ohnmächtig geworden
lässt sich ungern anfassen oder untersuchen
braucht viel Zeit zum Ankommen

sonstiges:

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind zurzeit?

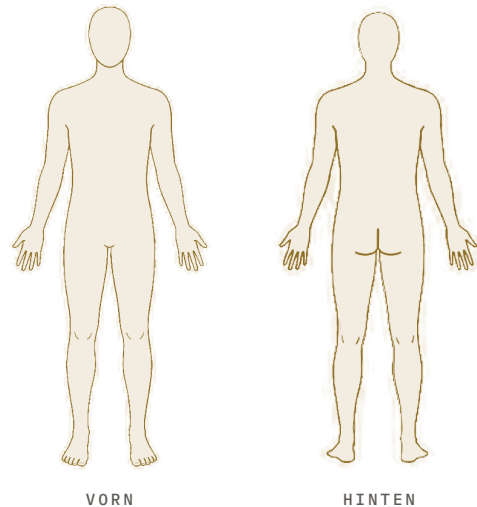
Auch Vitamine, Mineralstoffe, Probiotika und pflanzliche Mittel. Nimmt Ihr Kind nichts, lassen Sie die Tabelle bitte frei.

PRÄPARAT	DOSIERUNG PRO TAG	SEIT WANN

Was erwarten Sie von der Behandlung?

WO HAT IHR KIND BESCHWERDEN?

Bitte die Stellen einzeichnen — am Bildschirm mit dem Zeichenwerkzeug, im Ausdruck mit dem Stift.



Betroffene Körperstellen

CHRONOLOGISCHE KRANKENGESCHICHTE

Welche Erkrankungen, Operationen und Unfälle hatte Ihr Kind?

Diese Übersicht ist besonders wichtig: Sie soll das ganze Leben Ihres Kindes abbilden, von der Geburt an bis heute. Bitte nennen Sie auch chronische Erkrankungen, selbst wenn sie gut eingestellt oder längst abgeklungen sind, und unklare Beschwerden, für die es nie eine Diagnose gab. Unsichere Zeitangaben bitte schätzen oder das Alter des Kindes angeben.

JAH UND MONAT	ERKRANKUNG · DIAGNOSE · OP · UNFALL · KLINIK

Reicht der Platz nicht, nutzen Sie gern ein gesondertes Blatt und legen es bei.

KINDERKRANKHEITEN UND INFESTIONEN

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

keine bisher	Drei-Tage-Fieber	Corona
Masern	Ringelröteln	Salmonellen
Mumps	Hand-Fuß-Mund	Rotaviren,
Röteln	Herpes	Noroviren
Keuchhusten	Borreliose	Tuberkulose
Windpocken	Pfeifferisches	Malaria
Scharlach	Drüsenfieber	Tropenkrankheiten

sonstiges:

Wie oft hat Ihr Kind bisher Antibiotika bekommen?

Bitte schätzen.

nie	bis 3x	bis 5x
bis 10x	bis 15x	über 15x

welche und wann zuletzt:

Sind nach einer Infektion oder Impfung Beschwerden geblieben?

nein	nach einer Infektion	nach einer Impfung
------	----------------------	--------------------

wonach und welche Beschwerden:

Hat Ihr Kind große Narben?

ja nein

wenn ja, wovon:

INFEKTANFÄLLIGKEIT

Erkältungen pro Jahr:

Was tritt bei Ihrem Kind häufiger auf?

nichts davon	Nebenhöhlenentzündung
Mittelohrentzündungen	Harnwegsinfekte
Mandelentzündungen	Bindehautentzündung
Bronchitis	Fieberkrämpfe
Pseudokrupp	Warzen, Dellwarzen
Lungenentzündung	Pilzinfektionen

Wie verlaufen die Infekte?

unauffällig	sehr hohes Fieber sehr schnell
dauern lange	fiebert kaum noch
einer folgt dem nächsten	war deswegen schon im Krankenhaus
kommt danach schwer wieder auf die Beine	

die Infekte häufen sich seit:

sonstiges:

mit geschwollenen Lymphknoten

Wie lange dauert es, bis Ihr Kind wieder richtig fit ist?

ein paar Tage	1-2 Wochen
mehrere Wochen	Monate

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Welche U-Untersuchungen wurden gemacht?

alle bisherigen	U7 bis U9	J1
U1 bis U6	U10, U11	

dabei aufgefallen:

IMPFUNGEN

Bitte den Impfpass mitbringen. Wenn Sie unsicher sind, lassen Sie die Liste frei.

nach Empfehlung geimpft	Masern, Mumps, Röteln
teilweise geimpft	Windpocken
nicht geimpft	FSME
Sechsfachimpfung	HPV
Rotaviren	Grippe
Pneumokokken	Corona
Meningokokken	

IMPFREAKTIONEN

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Von besonderem Interesse sind schwere oder anhaltende Reaktionen sowie Beschwerden, die seit einer Impfung bestehen.

keine	Verhaltensänderungen
Fieber	schrilles Schreien
Fieberkrampf	Schlaflosigkeit
Krämpfe	anhaltende Erschöpfung
Gliederschmerzen	Hautausschlag
Unruhe	Entwicklungsstillstand
Rötung, Schwellung am Arm	anhaltende Beschwerden

sonstiges:

nach welcher Impfung und wann:

SCHWANGERSCHAFT

Wie verlief die Schwangerschaft mit diesem Kind?

unauffällig	Infektion in der Schwangerschaft
starke Übelkeit	Medikamente eingenommen
Blutungen	Rauchen
vorzeitige Wehen	Alkohol
Bettruhe	starke seelische Belastung
Schwangerschaftsdiabetes	nach Kinderwunschbehandlung
Bluthochdruck, Präeklampsie	Auffälligkeit im Ultraschall

sonstiges:

SCHWANGERSCHAFTSWOCHEN BEI DER GEBURT

DAS WIEVIELTE KIND

GEBURT

Wie kam Ihr Kind zur Welt?

spontan	Kaiserschnitt geplant
eingeleitet	Kaiserschnitt ungeplant
Saugglocke	PDA
Zange	Vollnarkose

Wo?

Klinik	Geburtshaus	zu Hause
--------	-------------	----------

Kam es zu Besonderheiten?

nein	Kind musste abgesaugt werden
sehr lange Geburt	Frühgeburt
sehr schnelle Geburt	Beckenendlage (Steißlage)
Nabelschnur um den Hals	Mehrling
Sauerstoffmangel	

sonstiges:

GEBURTSGEWICHT (G) LÄNGE (CM) KOPFUMFANG (CM)

DIE ERSTEN WOCHEN**Gab es nach der Geburt Auffälligkeiten?**

nein	Klinikaufenthalt nach der Geburt
Neugeborenenengelbsucht	Trinkschwäche
Lichttherapie	auffälliges Schreien
Inkubator	Neugeborenen screening
Sauerstoff	auffällig
Antibiotika	Hüftultraschall auffällig

was genau und wie lange:

STILLZEIT UND ERSTES JAHR**Wie wurde Ihr Kind ernährt?**

gestillt	beides
Flasche, Pre-Nahrung	Spezialnahrung

gestillt bis:

Beikost ab:

Gab es Probleme im ersten Jahr?

nein	schlechter Schlaf
trank zu wenig	Gedeihstörung
häufiges Spucken, Reflux	Milchunverträglichkeit
Dreimonatskoliken	Neurodermitis,
Schreikind	Milchschorf

sonstiges:

ENTWICKLUNG

Bitte das Alter in Monaten eintragen, soweit Sie es noch wissen.

FREI SITZEN KRABBELN LAUFEN

ERSTE WÖRTER ERSTE SÄTZE OHNE WINDEL TAGSÜBER

Trägt Ihr Kind noch Windeln?

nein	nachts
tagsüber	nur zum Stuhlgang

Verlief die Entwicklung auffällig?

nein	hat nicht gekrabbelt	Frühförderung erhalten
motorisch verzögert	sehr unruhig	Anzeichen einer frühen Pubertät
Sprache verzögert	sehr ruhig	

sonstiges:

KRANKHEITEN IN DER FAMILIE**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?**

Auch Unsicheres ist hilfreich — zum Beispiel Krebs, Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Schilddrüse, Herzerkrankungen oder psychische Erkrankungen. Bei Verstorbenen bitte auch die Todesursache.

WER · VERSTORBEN ERKRANKUNGEN**Mutter****Vater****GROSSELTERN MÜTTERLICHERSEITS****Oma****Opa****GROSSELTERN VÄTERLICHERSEITS****Oma****Opa****GESCHWISTER** bitte mit Jahrgang, zum Beispiel: Bruder 1979**GEMÜT UND FAMILIE****Wie erleben Sie Ihr Kind?**

Bitte ankreuzen, was zutrifft.

fühlt sich zu Hause wohl	traut sich neue Dinge zu
fühlt sich in Kita oder Schule wohl	braucht zurzeit viel Nähe
ist ängstlich	ist bei Fremden zurückhaltend

Wovor hat Ihr Kind Angst?

nichts davon	fremde Menschen
Trennung von den Eltern	Tiere
Dunkelheit	Kita oder Schule
allein schlafen	Neues, Veränderungen

sonstiges:

Wie zeigt sich Anspannung bei Ihrem Kind?

nichts davon	Einnässen oder Einkoten
Bauchschmerzen	Appetit weg
Kopfschmerzen	Rückzug
Übelkeit	Wutausbruch
Einschlafprobleme	

GIBT ES ETWAS AUS DER FAMILIE, DAS FÜR UNS WICHTIG IST

BISHERIGE UNTERSTÜTZUNG

nie	früher	aktuell
Ergotherapie		Sozialpädiatrisches Zentrum
Logopädie		Psychotherapie
Physiotherapie		Beratungsstelle
Frühförderung		

weshalb:

DENKEN UND GEDÄCHTNIS

Bitte nur ankreuzen, wenn es zutrifft.

Denken fällt schwer	schlechtes
Konzentration und Lesen fallen schwer	Kurzzeitgedächtnis
verminderte Aufmerksamkeit	verliert leicht die Orientierung
Vergesslichkeit	sucht nach Wörtern beim Sprechen

STIMMUNG

Stimmungsschwankungen	gedrückte Stimmung
Gereiztheit	Ängste, Panikattacken
innere Unruhe	sieht oder hört Dinge, die nicht da sind
Antriebslosigkeit	

sonstiges:

VERHALTEN UND GEMÜT

Bitte nur ankreuzen, wenn es deutlich auffällt.

unauffällig	sehr anhänglich
unruhig, zappelig	aggressiv
schnell frustriert	Tics
Wutanfälle	Zwänge
traurig, zurückgezogen	nägelkauend

sonstiges:

AUFMERKSAMKEIT UND WAHRNEHMUNG

Besteht ein Verdacht oder eine Diagnose?

nein	Autismus-Spektrum
Verdacht auf ADHS oder ADS	diagnostiziert
ADHS oder ADS diagnostiziert	LRS oder Dyskalkulie
Verdacht auf Autismus-Spektrum	Entwicklungsverzögerung
	Diagnostik läuft gerade

von wem und wann gestellt:

Die folgenden Fragen dienen nicht der Diagnostik — wir stellen keine Diagnosen. Sie zeigen uns, wie Ihr Kind den Alltag erlebt. Bitte nur ankreuzen, was deutlich auffällt.

Aufmerksamkeit und Impulse

unauffällig	kann schlecht abwarten
träumt viel, wirkt abwesend	redet viel, unterbricht andere
lässt sich leicht ablenken	Hausaufgaben dauern sehr lange
bleibt nicht bei einer Sache	braucht viele Erinnerungen
vergisst oder verliert viel	

Kontakt und Routinen

unauffällig	Veränderungen fallen sehr schwer
Blickkontakt fällt schwer	sehr spezielle Interessen
spielt lieber allein	wiederholte Bewegungen, zum Beispiel Wippen
geht schwer auf andere Kinder zu	nimmt Sprache sehr wörtlich
braucht feste Abläufe	

Worauf reagiert Ihr Kind empfindlich?

nichts davon	Berührung
Geräusche	Etiketten oder Nähte in der Kleidung
Licht	Speisen wegen Geschmack oder Konsistenz
Gerüche	viele Menschen um sich herum

sonstiges:

KITA, SCHULE UND ALLTAG

Wie geht es Ihrem Kind dort?

geht gern hin	Probleme mit anderen Kindern	Leistungsdruck
geht ungern hin	wird geärgert	häufige Fehltage
Freunde vorhanden		

Bildschirm pro Tag:

draußen pro Tag:

Gab es belastende Ereignisse?

nein	Krankenhausaufenthalt
Umzug	Geburt eines Geschwisterkindes
Trennung der Eltern	Wechsel von Kita oder Schule
Todesfall	Unfall

was und wann:

ALLGEMEINBEFINDEN

Schwitzt Ihr Kind leicht?

ja nein

an welchem Körperteil:

kalter Schweiß	warmer Schweiß	Nachtschweiß
----------------	----------------	--------------

Friert Ihr Kind schnell?

ja nein

kalte Hände	kalte Füße
-------------	------------

Trifft davon etwas zu?

nichts davon	der Alltag fällt schwer
Wassereinlagerungen	

Ist Ihr Kind müde oder erschöpft? Wann besonders?

morgens	nachmittags	nach dem Essen
vormittags	abends	nach Belastung
mittags	nachts	durchgehend, den ganzen Tag

BELASTBARKEIT UND SPORT

Wie belastbar ist Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen?

gut	wechselnd	deutlich weniger
-----	-----------	------------------

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Welchen Sport treibt Ihr Kind, wie oft?

Geht es Ihrem Kind nach dem Sport schlechter?

ja nein

sofort hält mehrere Tage an
erst am nächsten Tag mit Grippegefühl

sonstiges:

SCHLAF

STUNDEN SCHLAF PRO NACHT SCHLÄFT WO UND BEI WEM

schläft gut atmet durch den Mund
schwer einzuschlafen Zähneknirschen
wacht nachts auf Schlafwandeln
Alpträume braucht Begleitung beim
schnarcht Einschlafen

sonstiges:

ERNÄHRUNG

Wie isst Ihr Kind?

gut und vielseitig wenig Appetit isst kaum Gemüse isst nebenbei
wählerisch sehr großer Appetit viel Süßes isst sehr langsam

Was und wie viel trinkt Ihr Kind?

Wasser Saft, Schorle Milch
Tee Limonade Kakao

Trinkmenge pro Tag:

davon Wasser:

trinkt von allein genug
muss ans Trinken erinnert werden

Bereits festgestellte Unverträglichkeiten

keine bekannt Gluten Histamin
Milch, Laktose Fruktose Zusatzstoffe

sonstiges:

ERNÄHRUNGSFORM UND GEWICHT

Lebt Ihr Kind nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

vegetarisch vegan andere

wenn andere, welche:

Möchten Sie die Ernährung mit unserer Hilfe verbessern?

ja nein

Hat sich das Gewicht ohne erkennbaren Grund verändert?

nein nimmt kaum zu
Gewichtszunahme wächst langsamer als
Gewichtsverlust Gleichaltrige

seit wann:

wie viele Kilo:

UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bitte in jeder Gruppe ankreuzen, was Ihr Kind schlecht verträgt.

HISTAMINREICHES

Sauerkraut Rohwurst Erdbeeren
Essig Schokolade Zitrusfrüchte
gereifter Käse Tomaten Ananas
Thunfisch Aufgewärmtes Hefe
Salami Nüsse

sonstiges:

Welche Beschwerden bekommt Ihr Kind danach?

Hitzewallungen Herzklopfen Atemnot
roter Kopf Kopfschmerzen Müdigkeit
Haut, Juckreiz Nase läuft innere Unruhe
Blähbauch verstopfte Schlafstörung
Durchfall Nase

sonstiges:

Verträgt Ihr Kind frisch Gekochtes besser als Aufgewärmtes?

ja nein

Bessern sich die Beschwerden unter einem Antihistaminikum?

ja nein

KOHLENHYDRATE UND BALLASTSTOFFE

Weizen, Brot Apfel, Birne
Zwiebeln, Knoblauch Steinobst
Hülsenfrüchte Honig
Milch, Laktose Süßstoff, Kaugummi
Kohl Vollkorn, Rohkost

sonstiges:

BESCHWERDEN NACH KOHLENHYDRATEN

Blähbauch Durchfall Aufstoßen
Blähungen Verstopfung Übelkeit
Bauchschmerzen Völlegefühl

sonstiges:

Was verträgt Ihr Kind nicht?

Probiotika Flohsamen
Präbiotika

SCHWEFEL UND SULFITE

Schwefelreiche Lebensmittel und Sulfite als Zusatzstoff.

Knoblauch Garnelen Hähnchen
Zwiebeln Eier Fertiggartoffeln
Kohl, Brokkoli eingelegtes Lauch, Spargel
Trockenobst Gemüse Fruchtsaft
Blumenkohl Fleisch

sonstiges:

Welche Beschwerden bekommt Ihr Kind danach?

Kopfschmerzen verstopfte Nase Bauchschmerzen
roter Kopf Atemnot, Durchfall
Haut, Juckreiz Asthma
Übelkeit

sonstiges:

KOPF

Hat Ihr Kind Kopfschmerzen? ja nein

Druckgefühl Migräne ohne Aura
 pochend, pulsierend Übelkeit, Erbrechen
 Migräne mit Aura Bauchschmerzen dabei

wie oft pro Monat: wie lange:

Schmerzmittel deswegen, wie oft:

Wo sitzen die Kopfschmerzen, und wann kommen sie?

Stirn, Schläfe links wandernd
 Hinterkopf rechts morgens
 halbseitig beidseitig abends

Auslöser der Kopfschmerzen:

Aufregung, Stress Bildschirmzeit
 Wetterwechsel Nacken, Haltung
 Schlafmangel Lärm
 Hunger Schulstress
 zu wenig getrunken

KOPFSCHMERZEN

Was verbessert:

Ruhe, Dunkelheit
 Schlaf
 frische Luft
 Wärme
 Kälte
 Bewegung
 Essen oder Trinken

Was verschlechtert:

Bewegung
 Licht
 Lärm
 Gerüche, Parfüm
 Wärme
 Kälte
 Anstrengung
 Essen

sonstiges:

AUGEN UND OHREN

AUGEN

Bindehaut entzündet schielt
 weitsichtig Scharfstellen gestört
 kurzsichtig Brille
 trockene Augen Augenzittern
 lichtempfindlich Augen-Operation

Brille seit:

OHREN

Schmerzen links Paukenerguss
 Schmerzen rechts Mittelohrentzündungen
 hört schlecht Paukenröhrchen
 Ohrendruck Ohren gespült
 Ohrgeräusche

sonstiges Augen oder Ohren:

NASE

behinderte Nasenatmung Riechstörung
 Polypen Nasenbluten
 vergrößerte Nebenhöhlen entzündet
 Rachenmandel Operationen
 Dauerschnupfen

Absonderungen

wässrig eitrig
 schleimig grünlich

sonstiges:

MANDELN UND HALS

Halsschmerzen Mandeln entfernt
 Heiserkeit Mandeln vergrößert
 Rachenentzündungen Mandelentzündungen
 Kloßgefühl im Hals geschwollene
 Mandelsteine Lymphknoten am Hals

sonstiges:

ZÄHNE UND KIEFER

Beschwerden an Zähnen, Kiefer und Mund

Zahnschmerzen Mundgeruch
 empfindlich auf heiß Zahnfehlstellung
 empfindlich auf kalt Kreidezähne (MIH)
 Kiefergelenk, CMD Karies
 Zahnfleisch entzündet Milchzähne kamen spät
 Zahnfleischbluten Zahnwechsel verzögert
 Aphthen

Zahnbefund und Materialien

Bitte die Anzahl eintragen, soweit Sie sie wissen.

Füllungen Wurzelbehandlung
 Kunststoff gezogene Zähne
 Zement Versiegelungen
 Milchzahnkronen
 Zahnsperre fest Fluoridtabletten
 Zahnsperre aus Metall Fluoridlack beim
 Retainer Zahnarzt
 Zahn-Operationen

sonstiges:

Wurde bei einer Operation
Fremdmaterial eingesetzt, zum Beispiel
Schraube, Schiene oder Klammer? ja nein

wenn ja, was und wann:

SCHILDDRÜSE

nichts bekannt Hashimoto
 Unterfunktion Schilddrüse vergrößert
 Überfunktion auffälliger
 Schilddrüsenwert

sonstiges:

HAARE UND NÄGEL

Haarausfall vereinzelt kreisrund
 brüchige, trockene Haare Nagelbett entzündet
 brüchige Nägel eingewachsene Nägel
 weiße Flecken auf den Nägeln Nagelkauen

seit wann:

NAME

Naturheilpraxis Korinna Kessel · Haifa-Allee 18 · 55128 Mainz

HAUT

Neurodermitis	trockene Haut
Milchschorf	Blässe
Schuppenflechte	Warzen, Dellwarzen
Akne	Fuß- oder Nagelpilz
Nesselsucht	Ektzeme
Hautjucken	häufige Hautinfekte
überempfindliche Haut	Windeldermatitis früher

sonstiges:

Welche Pflegeprodukte verwenden Sie beim Kind?

konventionell	Naturkosmetik	gemischt
---------------	---------------	----------

ALLERGIEN

keine bekannt	Schimmel	Latex
Heuschnupfen	Insektengift	Nickel, Metalle
Hausstaub, Milben	Nahrungsmittel	Pflaster
Tierhaare	Medikamente	

wogegen genau und welche Reaktion:

Hat Ihr Kind Nahrungsmittel-Allergien?

Bitte alle einzeln aufzählen — auch Verdacht, auch wenn es nur einmal aufgetreten ist.

KONTAKTALLERGIEN UND MEDIKAMENTE

Reagiert die Haut Ihres Kindes auf Stoffe bei Berührung?

Kontaktallergien, zum Beispiel Nickel im Modeschmuck.

Nickel oder Metalle	Gummi, Latex
Duftstoffe	Pflaster, Klebstoffe
Konservierungsstoffe	Sonnencreme

sonstiges:

Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht?

Antibiotika	Narkosemittel
Schmerzmittel	Kontrastmittel
Kortison	Betäubungsmittel beim Zahnarzt

sonstiges:

ORGANE

HERZ UND KREISLAUF

nichts davon	Herzstolpern oder Herzrasen
Herzgeräusch	Kreislaufschwäche
angeborener Herzfehler	Schwindel beim Aufstehen
schon ohnmächtig geworden	schnell erschöpft beim Toben oder Sport
blasse Haut	blaue Lippen bei Anstrengung
kalte Hände und Füße	

sonstiges:

STOFFWECHSEL

nichts davon	Untergewicht
Diabetes Typ 1	Wachstumsstörung
Unterzuckerungen	Krebserkrankung
Übergewicht	

welche und wann:

sonstiges:

LUNGE UND ATEMWEGE

nichts davon	Husten bei Anstrengung
Asthma	pfeifende Atmung
obstruktive Bronchitis	viel Schleim
Bronchitis	Atemnot
Pseudokrupp	bei Belastung
Lungenentzündung	in Ruhe
chronischer Husten	Inhalationsspray nötig
Reizhusten nachts	

sonstiges:

LEBER UND GALLE

Gelbsucht	Druck im Oberbauch
erhöhte Leberwerte	Fettunverträglichkeit
Lebererkrankung bekannt	Übelkeit nach fettem Essen

sonstiges:

MAGEN

nichts davon	Schluckbeschwerden
Völlegefühl	Appetitlosigkeit
Sodbrennen	Schmerzen bei leerem Magen
Reflux diagnostiziert	Schmerzen nach dem Essen
Aufstoßen	empfindlicher Magen
Übelkeit auf nüchternen Magen	Säureblocker bekommen
Erbrechen	früher aktuell
Spucken als Säugling	

sonstiges:

NIERE UND BLASE

nichts davon	Brennen beim Wasserlassen
Blasenentzündungen	häufiger Harndrang
häufig wiederkehrend	hält den Urin lange zurück
Nierenbeckenentzündung	
muss nachts raus	Rötung oder Juckreiz im Genitalbereich
Einnässen tagsüber	Fehlbildung der Harnwege
Einnässen nachts	nur eine Niere
nachts noch Windel nötig	

sonstiges:

HARN

unauffällig	häufig	dunkel
viel	nachts	riecht auffällig
wenig	Blut im Urin	

Geruch:

DARM

nichts davon	Krämpfe im Unterbauch
Darminfektionen	Analfissur, Einriss
Blähbauch	Würmer
mit Abgang	Einkoten
ohne Abgang	Zöliakie
riecht faulig, nach Ei	Blinddarmoperation
Bauch wird abends dicker	

sonstiges:

BAUCHSCHMERZEN**Wann hat Ihr Kind Bauchschmerzen?**

keine	nach dem Essen
selten	vor Kita oder Schule
mehrmals pro Woche	nachts
fast täglich	ohne erkennbaren Anlass
nüchtern, morgens	

Wo tut es weh?

um den Nabel	Unterbauch
Oberbauch	wechselnd

sonstiges:

STUHLGANG**Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?**

täglich	seltener
jeden zweiten Tag	mehrmals täglich

Wie ist der Stuhl meistens?

geformt	breiig	sehr dunkel
hart	wässrig	übelriechend
weich	hell	unverdaute Reste

Kommt davon etwas vor?

nichts davon	Durchfall
Blähungen	Übelkeit, Erbrechen
Verstopfung	Pressen, Stuhl wird zurückgehalten

sonstiges:

AUSSEHEN DES STUHL

hell	übelriechend	
mittelbraun (normal)	hart	
dunkel	knollig	
schwarzer Stuhl	weich	
schmierig	schwimmt oben	kann den Stuhl
pastenartig	auf	nicht halten
wässrig	unverdaute	Gefühl, nicht
	Reste sichtbar	fertig zu werden
	Blut oder	
	Schleim	

riecht nach:

sonstiges:

MUSKELN UND GELENKE

Bitte nur ankreuzen, wenn es zutrifft.

Muskelschmerzen, Krämpfe	Morgensteifigkeit
Nackenschmerzen	deutliche Muskelschwäche
schmerzende Fußsohlen	Wachstumsschmerzen
Verspannungen	Rheuma (juvenile Arthritis)
steife Gelenke	überbeweglich
Nackensteifigkeit	

Gelenkschmerzen an:

Finger, Zehen	Handgelenke, Knöchel
Ellenbogen, Knie	Schultern, Hüfte

Gelenkschwellung an:

Finger, Zehen	Handgelenke, Knöchel
Ellenbogen, Knie	Schultern, Hüfte

sonstiges:

ARME

Schmerzen	Kribbeln
Verletzungen	Brüche gehabt

BEINE

Schmerzen	Kribbeln	Fußfehlstellung
Verletzungen	Taubheitsgefühl	Einlagen
Operationen	X- oder O-Beine	

RÜCKEN UND HALTUNG

Schmerzen	eingeschränkte Beweglichkeit
Skoliose, Verkrümmung	stolpert oft, ungeschickt
Rundrücken	Haltungsschwäche
Beckenschiefstand	

sonstiges:

NERVEN UND SINNE

Schwindel kann vom Ohr kommen, vom Kreislauf oder von einer Unverträglichkeit. Deshalb steht er hier und nicht bei den Ohren.

Schwindel	Lichtempfindlichkeit
Reisekrankheit	geräuschempfindlich
Gleichgewichtsstörungen	berührungsempfindlich
Gangunsicherheit	
Kribbeln an Körperstellen	einschießende Schmerzen
Taubheitsgefühl	Muskelzuckungen
brennende Gefühlsstörung	
Zittern, Tremor	Sprachauffälligkeit
Krampfanfälle, Epilepsie	Stottern
Doppel- oder Schleiersehen	

sonstiges:

Kommen und gehen die Beschwerden in Schüben?

ja nein

täglich wechselnd	um den Vollmond herum
alle paar Tage	jahreszeitlich
etwa alle 2 Wochen	in Kita- oder Schulzeiten
etwa alle 4 Wochen	in den Ferien besser

was fällt Ihnen dabei auf:

NAME

Naturheilpraxis Korinna Kessel • Haifa-Allee 18 • 55128 Mainz

TIERE UND INSEKTEN

Zu welchen Tieren hatte Ihr Kind Kontakt, und in welchem Alter?

Die Spalten sind das Lebensalter Ihres Kindes in Jahren. Bitte in jeder Zeile ankreuzen, wann es Kontakt hatte — auch mehrere Spalten. Streicheln zählt schon als Kontakt.

TIER	0-2	3-6	7-9	10-12
Katze				
Hund				
Pferd				
Kuh				
Schaf oder Ziege				
Kaninchen				
Meerschweinchen				
Hamster				
Maus				
Vogel				
Reptilien				
Fische				
INSEKTEN	0-2	3-6	7-9	10-12
Flöhe				
Läuse				
Spinne				
Mücken				
Biene				
Wanzen				
Wespe				
Zecken				
Bremsen				
Tropeninsekten				

welche Tiere oder Insekten noch:

Hat Ihr Kind aktuell regelmäßig Kontakt zu Tieren?

Im Haushalt, im Stall, in der Kita oder in der Nachbarschaft.

welche Tiere und seit wann:

Gab es Vorfälle mit einem Tier?

Zum Beispiel Biss, Stich oder Kratzer — bitte notieren, mit welchem Tier und wann. Auch andere Anmerkungen gehören hierher.

GERÜCHE UND CHEMIKALIEN

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf
Düfte oder Parfum?

ja nein

auch auf Putzmittel oder Rauch

auch auf Aufregung
es werden immer mehr
Auslöser

auch auf Hitze oder Kälte

Stört es Ihr Kind, wenn in seiner Umgebung geraucht wird?

ja nein

sonstiges:

REISEN UND AUFENTHALTE

In welchen Ländern war Ihr Kind wann und wie lange?

Europa nur, wenn Ihr Kind dort krank war. Unter Auffälligkeiten:
Insektenstiche, Bisse, Durchfall, Fieber oder Beschwerden, die danach
begannen.

[illegible]

UMGEBUNG VON WOHNUNG ODER HAUS

Sind Schlafplatz und Kinderzimmer auf geopathische Belastungen (Störzonen im Untergrund, zum Beispiel Wasseradern) und Elektrosmog untersucht worden?

ja nein

Was gibt es in der Nachbarschaft, wie weit entfernt? Links drei Spalten für die Wohnung, rechts drei für Kita oder Schule.

NACHBARSCHAFT	WOHNUNG		KITA, SCHULE	
	direkt	500 m 1 km	direkt	500 m 1 km
Grünanlagen				
ländliche Umgebung				
Naherholungsgebiet				
Gewässer, Bäche, Flüsse				
Weinberge				
Landwirtschaft				
Handwerksbetriebe				
Mülldeponie				
Müllverbrennung				
Chemische Reinigung				

NACHBARSCHAFT	WOHNUNG		KITA, SCHULE	
	direkt	500 m 1 km	direkt	500 m 1 km
Heizkraftwerk				
stark befahrene Straße oder Autobahn				
Eisenbahn				
Flugplatz oder Fluglärm				
Lärmbelästigung				
Funkmasten				
Sender, Radar				
Überlandleitung, Bahnstrom				
Starkstromkabel, Transformator				
Atomkraftwerk				

Traf davon in früheren Wohnungen oder
in einer früheren Kita etwas zu? ja nein

wenn ja, was und wo:

SCHLAFPLATZ DES KINDES

Wie ist der Schlafplatz Ihres Kindes eingerichtet?

schnurlose Telefone in der Nähe	Wasserbett
WLAN-Router im Raum	elektrischer Motor
Smartphone oder Tablet am Bett	neue Matratze
Geräte im Standby	Zimmer über der Garage
Nachtlicht	

RAUMKLIMA

Wie ist das Raumklima im Kinderzimmer?

Hitze, überheizt	Dauerbeleuchtung
Kälte, keine Heizung	Zimmerbrunnen
Feuchtigkeit über 60 %	Raumbeduftung,
Feuchtigkeit unter 40 %	Duftstecker
Schimmelpilze	Duftkerzen
Klimaanlage	Luftreiniger

sonstiges:

GEBÄUDE

Woraus besteht das Gebäude?

Gasbeton	Fachwerkhaus
Holz	Ziegel (Backstein)
Beton	unbekannt

BAUJAHR	LETZTE RENOVIERUNG (JAHR)

WOHNUNGSGRÖSSE (QM)	ANZAHL DER MITBEWOHNER

Einfamilienhaus nur Erdgeschoss	Mehrfamilienhaus Flachdach
------------------------------------	-------------------------------

Welche Etage bewohnen Sie?

Souterrain	Obergeschoss
Erdgeschoss	Dachgeschoss

Hatte Ihr Haus oder Ihre Wohnung einen

Wasserschaden	Sturmschaden	Brandschaden
Hochwasser		

Wo hat Ihr Kind bisher gewohnt?

Jetzige Wohnung zuerst, dann frühere — von der Geburt bis heute.
Bitte auch die Wohnung angeben, in der die Mutter während der
Schwangerschaft lebte.

[illegible]

SCHIMMEL UND FEUCHTIGKEIT

Gab oder gibt es Schimmel in der Wohnung?

Bitte auch frühere Wohnungen angeben — auch die, in denen die Mutter vor oder während der Schwangerschaft gelebt hat.

nein	in der	saniert worden
aktuell	Schwangerschaft	feuchte Wände
früher	in der Wohnung	oder Keller
	der Mutter davor	Wasserschaden
	nur ein Verdacht	gehabt

wo und wann:

BELASTUNGEN DER MUTTER

Zähne der Mutter

Quecksilber aus Amalgam geht über Plazenta und Muttermilch auf das Kind über. Deshalb ist der Zeitpunkt wichtig.

nie Amalgam gehabt	Zahnbehandlung in der Schwangerschaft
Amalgam während der Schwangerschaft	Wurzelbehandlungen
Amalgam vor der Schwangerschaft entfernt	Kronen, Brücken, Implantate
Amalgam während der Schwangerschaft entfernt	Schwermetallausleitung gemacht
Amalgam während der Stillzeit entfernt	

Anzahl Füllungen: entfernt wann:

War die Mutter Schadstoffen ausgesetzt?

Beruflich oder privat, auch vorher.

nein	Friseur, Kosmetik
Zahnarztpraxis, Labor	Malerei, Bau, Chemie
Landwirtschaft, Pflanzenschutz	Reinigung, Lösungsmittel
Pflege, Klinik	Rauchen, Passivrauch

sonstiges:

HEIZUNG UND WASSER

Womit wird geheizt?

Zentralheizung	sonstige Etagenheizung
Kachelofen	Fußboden-, Wand-, Deckenheizung
Wärmepumpe	Elektrospeicherofen
Pelletheizung	offener Kamin
Gas-Etagenheizung	Einzelofen
Solarthermie	

Brennstoff

Öl	Holz	Kohle	Fernwärme
Erdgas	Pellets		

sonstiges:

Ist eine Wasseraufbereitung vorhanden? ja nein

Wie wird das Warmwasser erzeugt?

Zentral über die Heizung	Boiler
Durchlauferhitzer	Solar

Woraus bestehen die Trinkwasserrohre?

Blei	verzinkte Rohre	Kupfer
------	-----------------	--------

sonstiges: Alter der Rohre in Jahren:

Trinkwasser aus dem Hausbrunnen

Womit wird gekocht?

Gas	Kohle, Brikett oder Koks
Elektroherd, Ceranfeld	Mikrowelle
Induktionsherd	

INNENRÄUME

Die Fragen beziehen sich auf Ihre jetzige Wohnung oder Ihr jetziges Haus. Wenn ein Raum abweicht, notieren Sie es bitte bei sonstiges.

Sind freie Balken oder Holzflächen mit Holzschutzmittel behandelt?

nichts	wenig	viel oder alles	unbekannt
Lack		Lasur	
Bienenwachs		unbekannt	

wann: womit:

Wand- oder Deckenverkleidung aus Kunststoff?

wenig heißt einzelne Balken, mittel Decke oder Wände, viel Decken und Wände.

keine	wenig	mittel	viel
-------	-------	--------	------

Kinderzimmer in qm:

Stunden pro Tag im Kinderzimmer:

Was liegt unter dem Bodenbelag?

Estrich	Dielen	Spanplatten
---------	--------	-------------

Sichtbarer Bodenbelag

Laminat	Kork
Linoleum	Stein oder Fliesen
Dielen	Parkett
Vinyl, PVC	Teppichböden

sonstiges:

Teppich oder Wandteppich, welches Material?

Wolle	Sisal, Kokos	unbekannt
Synthetik	Baumwolle	

Womit ist der Boden unter den Dielen gefüllt? In Altbauten oft Sand, Schlacke oder Lehm.

Sand	Lehm	Mineralwolle
Schlacke	Styropor	unbekannt

MÖBEL

Kunststoff- oder Spanplattenmöbel

keine	wenig	viel
-------	-------	------

Ledermöbel

keine	wenig	viele
-------	-------	-------

Antike Möbel — womit behandelt?

keine antiken Möbel	Lasur	Lack
Bienenwachs	Holz wurmmittel	Heißluft gegen Holzwurm

Alter der Holzmöbel

neu (bis 6 Monate)	mittel (bis 5 Jahre)
alt (älter als 5 Jahre)	

sonstiges:

SCHÄDLINGE UND MITTEL

Wurden Kammerjäger

(Schädlingsbekämpfer) eingesetzt? ja nein
zu Hause in Kita oder Schule

wann zuletzt:

Setzen Sie selbst Pestizide ein — Insektensprays, -pulver, Mottenschutz oder Pflanzenschutz im Garten?

ja nein
wann zuletzt: welche:

Wurden am Kind selbst Mittel angewendet?

nein	Mückenschutz
Zeckenmittel	Kratze- oder Milbenmittel
Läusemittel	Wurmkur

Gehen in Ihrer Wohnung Zimmerpflanzen häufig ein?

ja nein

TECHNIK UND FUNK IN DER WOHNUNG

Anzahl Bildschirme: Std. pro Tag:

Was steht in der übrigen Wohnung?

Laserdrucker	Kopiergerät
Tintenstrahldrucker	DECT-Telefon
WLAN-Router	Smart-Home-Geräte
Bluetooth-Geräte	Babyfon

Womit wird geputzt und gewaschen?

konventionell	biologisch	gemischt
Weichspüler	Wäscheparfum	
Duftwaschmittel	Desinfektionsmittel im Haushalt	

NAME

Naturheilpraxis Korinna Kessel · Haifa-Allee 18 · 55128 Mainz

BERUF UND HOBBYS DER ELTERN

Schadstoffe kommen über Arbeitskleidung mit nach Hause.

BERUF DER MUTTER

SEIT WANN

BERUF DES VATERS

SEIT WANN

WOMIT HABEN DIE ELTERN IM BERUF ZU TUN?

Trifft davon etwas zu?

- ☐ nichts davon
- ☐ Nachtschicht oder Wechseldienst
- ☐ Arbeit überwiegend im Freien
- ☐ Arbeitskleidung wird zu Hause gewaschen
- ☐ Arbeitskleidung wird zu Hause getragen
- ☐ Kontakt zu Chemikalien im Beruf
- ☐ Kontakt zu Tieren im Beruf

Wo liegt der Arbeitsplatz der Eltern?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Großstadt, Innenstadt | ☐ Mischgebiet |
| ☐ Industrie- oder Gewerbegebiet | ☐ Wohngebiet |
| ☐ Außenbezirk Stadt | ☐ Kleinstadt |

Hobbys mit Schadstoffkontakt in der Familie?

Zum Beispiel Löten, Lackieren, Modellbau, Töpfern, Restaurieren, Schießsport oder Gartenarbeit mit Pflanzenschutz — auch Hobbys, bei denen das Kind dabei ist.

welche:

UMWELTBELASTUNGEN

War oder ist Ihr Kind besonderen Reizen ausgesetzt?

REIZ ODER STOFF

ZU HAUSE

KITA,
Schule

- ☐ Hitze
- ☐ Kälte oder Klimaanlage
- ☐ Feuchtigkeit, Schimmel
- ☐ Bildschirmgeräte
- ☐ Lärm

Anspannung, Stress

Kunstlicht

Dauerbeleuchtung

Drucker, Kopierer

Lösungs- und Reinigungsmittel,
Klebstoffe

Geruchsbelästigung

Haarfärbemittel im Haushalt

Kosmetika im Haushalt

chemische Kleiderreinigung

Leder (Möbel, Kleidung)

Metalle (Nickel und andere)

Insektizide, Pestizide, Herbizide

Radioaktivität, Strahlen

UMWELTBEZUG

Verändern sich die Beschwerden Ihres Kindes in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?

ja nein

Wenn ja — regelmäßig?

ja nein

Hängen die Beschwerden früher zusammen mit

- ☐ bei Schadstoffkontakt
- ☐ bei anderen Umwelteinflüssen
- ☐ in einer bestimmten Umgebung
- ☐ auf Reisen oder im Urlaub außer Haus

Verändern sich die Beschwerden nach der Rückkehr aus Abwesenheit, zum Beispiel Urlaub oder Wochenende?

ja nein

Vermuten Sie, dass Schadstoffe oder Umwelteinflüsse die Beschwerden Ihres Kindes verursachen?

ja nein

wenn ja, welche:

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Alles, was Ihnen wichtig erscheint — auch wenn es in keine der Fragen oben passt.

EINWILLIGUNG UND BEHANDLUNGSVOLLMACHT

Wir erteilen der Naturheilpraxis Korinna Kissel die Vollmacht und die ausdrückliche Zustimmung, unser Kind zu untersuchen und zu behandeln. Die Angaben in diesem Bogen haben wir nach bestem Wissen gemacht. Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf; ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich nach der DSGVO.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE PERSON 1

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE PERSON 2

Bei gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben.

Unterschreibt nur eine Person, bitte unten „Alleiniges Sorgerecht“ ausfüllen und den Nachweis mitbringen.

ALLEINIGES SORGERECHT

Ich bin für das Kind allein sorgeberechtigt.

Bitte einen Nachweis mitbringen — Sorgerechtsbeschluss oder Negativbescheinigung des Jugendamtes.

NAME DER ALLEIN SORGEBERECHTIGTEN PERSON

VOLLMACHT FÜR BEGLEITPERSONEN

Diese Person darf das Kind zu Terminen begleiten und in dringenden Fällen in unserem Sinne entscheiden.

NAME DER BEGLEITPERSON

BEZIEHUNG ZUM KIND