

Liebe Eltern,

Sie wundern sich möglicherweise über die vielen Fragen, die ich zu Ihrem Kind stellen werde. Der Anamnesebogen bietet mir eine essentielle Orientierungshilfe, um einen ganz individuellen Behandlungsplan für Ihr Kind erstellen zu können.

Alles was uns umgibt, was wir erleben – bewusst und unbewusst – prägt uns in unserem ganzen Sein. Es hat also Auswirkungen auf unseren Körper, unseren Geist und unsere Seele. Vor allem Kinder nehmen alles wie einen Schwamm in sich auf.

Aus diesem Grund beinhaltet der Anamnesebogen mehr Themen und Aspekte, als Sie es vielleicht bisher in einer Praxis für Kinder und Jugendheilkunde erlebt haben.

Da die Fragen teilweise auch altersabhängig sind, können Sie über die eine oder andere Frage hinweggehen, wenn Ihr Kind noch nicht das entsprechende Lebensalter erreicht hat.

Ich möchte Sie bitten, den Fragebogen in einer ruhigen Minute vorab zuhause durchzugehen und ihn bei Ihrem ersten Termin ausgefüllt mitzubringen. Im Gespräch gehen wir die Fragen und Ihre Antworten gemeinsam und in aller Ruhe durch.

Schon jetzt freue ich mich sehr, Sie und Ihr Kind bald persönlich kennenzulernen!

Ihre Jessica Anna Seymor

Vorname

Familiename

Geburtsdatum

Geburtswochentag

Geburtszeit

Geburtsort

Geburtsland

Aktuelle Anschrift

E-Mail-Adresse

Telefonnummer Festnetz

Telefonnummer mobil

Kinderarzt / Hausarzt / Therapeuten

Versicherungsstatus / Krankenkasse

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? (Kind und Mutter betreffend)

Besonderheiten während der Geburt? (Kind und Mutter betreffend)

Besonderheiten in den ersten 3 Lebensjahren?

Hat Ihr Kind Geschwister und wenn ja wie viele?
(alle Schwangerschaften mit einbezogen)

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher?

Ist Ihr Kind geimpft, wenn ja welche Impfungen hat es erhalten?
(bitte Impfausweis mitbringen)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche?
(bitte Medikamentenanordnung mitbringen wenn vorhanden)

Hat Ihr Kind besondere oder oft wiederkehrende Erkrankungen?

Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie? (Eltern - Großeltern - Geschwister)

Hat Ihr Kind Allergien?

Leidet Ihr Kind unter Nahrungsunverträglichkeiten?

Gibt es sonstige Unverträglichkeiten?

Reagiert Ihr Kind körperlich oder seelisch bei Wetterwechsel?
(Kopfschmerzen, Unwohlsein, Unruhe etc.)

Welche Essgewohnheiten hat Ihr Kind? (Vorlieben - Abneigungen)

Hat Ihr Kind Verdauungsprobleme? (Bauchweh, Blähungen, Durchfall, Verstopfung etc.)

Gibt es bei Ihrem Kind während dem Ein- oder Durchschlafen Besonderheiten?
Wenn ja welche?

Wurden bei Ihrem Kind Operationen durchgeführt, wenn ja in welchem Lebensalter
und in welcher Klinik?

Wurden in den letzten Monaten diagnostischen Verfahren durchgeführt?
Wenn ja welche? (Blutentnahmen, Stuhlproben, Röntgen, Computertomographie etc.)
Befunde, wenn vorhanden, bitte mitbringen.

Wie ist die derzeitige Familiensituation? (Eltern leben zusammen - sind verheiratet -
geschieden - getrennt - alleinerziehend - Patchwork etc.)

Wie ist die Wohnsituation der Familie?
(Haus - Wohnung - wer lebt alles mit im Haushalt - Haustiere)

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer oder teilt es sich mit Geschwistern einen Raum?

Gibt es Besonderheiten im Familienleben?
(Schichtarbeit - Wochenendpendler - Stress etc.)

Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie als Eltern nach und wie ist in dieser
Zeitspanne die Betreuungssituation des Kindes geregelt?

Wer sind die Bezugspersonen Ihres Kindes?

Was sind Ihrer Meinung nach die „Stärken“ Ihres Kindes?

Was sind Ihrer Meinung nach die „Schwächen“ Ihres Kindes?

Mit welchem akuten Beschwerden in Bezug auf die Gesundheit Ihres Kindes kommen Sie heute in die Praxis?

Was Sie sonst noch gerne mitteilen möchten und im Fragebogen bisher nicht angesprochen wurde

Was erhoffen Sie sich für Ihr Kind und sich selbst in Bezug auf die Behandlung in meiner Praxis?

Wieviel Zeit verbringt ihr Kind am Tag mit:

Kindergarten/Schule

Hausaufgaben/Lernhilfe

Familie

Freunde

Hobbys

spielen innen

draußen

Bewegung

lesen

kreativ sein (malen, basteln ...)

am Handy

am PC, Laptop, Tablet

vor dem TV

Hiermit erkläre ich,

Vorname und Name

Geburtsdatum

dass die Angaben nach bestem Gewissen verfasst wurden und bin damit einverstanden, dass die Patientendaten digital und schriftlich in der **JAS-Praxis für Kinder- und Jugendheilkunde** festgehalten werden.

Für den Austausch zwischen meinem behandelnden Arzt, Therapeuten und Frau Seymor entbinde ich die Beteiligten von der Schweigepflicht und bitte alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

