

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

## ***Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche***

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes.

Name: \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Lebensumstände, sind Sie getrennt lebend, verheiratet? Gibt es Halbgeschwister?  
Besondere Ereignisse/ Krankheiten in der Familie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auch wenn Ihnen etwas noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

## **Schwangerschaft und Geburt:**

War die Schwangerschaft geplant? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es Untersuchungen in der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, Blutungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ereignisse während der Schwangerschaft (Unfall, Erkrankung, Streß; Ängste, evtl. frühere Fehl- oder Totgeburten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme (z.B. Jodpräparat), Kaffee, Nikotin, Alkohol, Drogen während der Schwangerschaft

\_\_\_\_\_

Wie war die Entbindung Ihres Kindes (Zeitpunkt, Dauer, Kaiserschnitt)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

Gab es Erkrankungen unmittelbar nach der Geburt?

---

Wurde Ihr Kind gestillt (Dauer)? Kam es dabei zu Komplikationen?

---

---

---

Wurde Ihr Kind geimpft? Gegen was? Gab es Reaktionen auf die Impfungen, wie Fieber, Krämpfe, auffälliges Verhalten (Schlafprobleme, Schreianfälle)?

---

---

---

---

Gab es Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr, z.B. Koliken, Durchfälle, Schreianfälle, Zahnungsbeschwerden? Wie was das Schlafverhalten Ihres Kindes?

---

---

---

---

Wann konnte Ihr Kind

den Kopf heben? \_\_\_\_\_ sitzen? \_\_\_\_\_

krabbeln? \_\_\_\_\_ laufen? \_\_\_\_\_

Von der Bauch- in die Rückenlage und umgekehrt? \_\_\_\_\_

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

Wann begann Ihr Kind zu sprechen? Stottert oder lispelt es? Gab es Besonderheiten in der Sprachentwicklung?

---

---

---

Wie war die Sauberkeitsentwicklung Ihres Kindes (Tag/Nacht)? Gab es Besonderheiten?

---

---

---

Welche Infektions- bzw. Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Wie war der Verlauf dieser Krankheiten?

---

---

---

Gab es Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien, Operationen, häufiges Fieber?

---

---

---

Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes? Hat es Schwierigkeiten einzuschlafen? Ist es morgens sehr früh wach? Schläft es ausreichend?

---

---

---

Auch wenn Ihnen etwas noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

---

---

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt, z. B. chronische Erkrankungen, Epilepsie, Diabetes, Krebsleiden, Depressionen, psychische Erkrankungen?

---

---

---

---

---

Gab es in den letzten Jahren Schicksalsschläge, z.B. schwere Erkrankung oder Tod von Familienangehörigen, Umzug, Trennung der Eltern, Verlust von Freunden?

---

---

---

---

Wie kam Ihr Kind mit dem Beginn des Kindergartenbesuchs und dem Wechsel zur Schule zurecht?

---

---

---

---

Konnte es sich leicht von Ihnen trennen? \_\_\_\_\_

Auch wenn Ihnen etwas noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

# Praxis Floracks

*Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de*

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne? Hat es Hobbys oder ist es in einem Verein?  
Spielt es viel mit anderen Kindern?

---

---

---

---

Bewegt es sich viel draußen? \_\_\_\_\_

Was sind die Lieblingsfächer in der Schule?

---

---

Wie kommt es mit den Lehrern und anderen Schülern zurecht?

---

---

---

---

Wie würden Sie das Temperament Ihres Kindes beschreiben?

---

---

---

---

# Praxis Floracks

*Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de*

Wie reagiert es bei Misserfolg?

---

---

---

Wovor hat Ihr Kind Angst?

---

---

---

---

Was sind die Stärken Ihres Kindes?

---

---

---

---

Aus welchem Anlass sind Sie zu mir gekommen?

---

---

---

---

---

---

Auch wenn Ihnen etwas noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

# Praxis Floracks

Michaela Floracks Tel.: 0176/38814317 – praxisfloracks.de – info@praxisfloracks.de

Gibt es Ereignisse, die Sie als möglichen Auslöser für die jetzigen Probleme in Betracht ziehen (z.B. Trennung, Trauer, Schock, Ängste, Schulwechsel, Probleme mit Freunden oder Klassenkameraden)?

---

---

---

---

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?

---

---

---

---

---

Wie kann ich Sie dabei unterstützen?

---

---

---

---

---

Soll ich bei Ihrem Kind ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_