

Anamnesebogen – Kleinkind (ab 1 Jahr)

Für die heilpraktische Erstanamnese

Allgemeine Angaben zum Kind:

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Alter: _____ Jahre _____ Monate

Geschlecht: ☐ m ☐ w

Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache: _____

Angaben zu den Sorgeberechtigten:

Name Mutter: _____

Name Vater: _____

Adresse: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____

E-Mail: _____

Beruf(e) der Eltern: _____

Geburt und frühkindlicher Verlauf:

Wie verlief die Schwangerschaft? ☐ Unauffällig ☐ Komplikationen:

Wie verlief die Geburt? ☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Frühgeburt
(SSW: __) ☐ Komplikationen:

Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße: _____ cm

Apgar-Werte (wenn bekannt): _____

Stillzeit: ☐ gestillt bis zum __ Monat ☐ nicht gestillt ☐ Stillprobleme:

Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Entwicklung:

Motorische Entwicklung: ☐ unauffällig ☐ verzögert ☐ Auffälligkeiten:

Sprachliche Entwicklung: ☐ erste Worte mit ca. __ Monaten ☐

Sprachverzögerung: _____

Soziale Entwicklung / Verhalten: ☐ altersgerecht ☐ zurückgezogen ☐
sehr aktiv / impulsiv

Erkrankungen und medizinische Vorgeschichte:

Bisherige Erkrankungen / Diagnosen: _____

Infekte / Fieberhäufigkeit: ☐ selten ☐ häufig (wie oft?):

Allergien / Unverträglichkeiten: ☐ Nein ☐ Ja, welche:

Medikamente (aktuell oder regelmäßig): ☐ Nein ☐ Ja, welche:

Impfstatus: ☐ vollständig laut STIKO ☐ nicht / alternativ geimpft

Zahnstatus: ☐ unauffällig ☐ Probleme: _____

Ernährung / Verdauung / Schlaf:

Ernährungsweise: ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Breikost

Essverhalten / Probleme beim Essen: _____

Stuhlgang: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ Auffälligkeiten:

Schlafverhalten: ☐ ruhig ☐ häufiges Erwachen ☐ Einschlafprobleme

Schlafdauer: ca. ____ Stunden / Nacht

Familiäre Situation / Belastungen:

Familiensystem: ☐ Eltern zusammenlebend ☐ getrennt ☐ Patchwork ☐
Alleinerziehend ☐ Pflege-/Adoptivkind

Geschwister: ☐ Ja, Anzahl: ____ ☐ Nein

Besondere familiäre Belastungen: ☐ Nein ☐ Ja, welche:

Bisherige naturheilkundliche oder therapeutische Maßnahmen:

☐ Osteopathie ☐ Homöopathie ☐ Frühförderung ☐ Phytotherapie ☐

Sonstige: _____

Was führt Sie zu mir / aktuelle Beschwerden des Kindes?



Ort / Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____