

Anamnesebogen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich, wie es Ihnen möglich ist, aus. Was Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein Extrablatt. Wenn Sie Arztberichte zu Untersuchungen und Behandlungen haben, bringen Sie diese bitte mit zu Ihrem Behandlungstermin. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Datum:

Name der Mutter:/ des Vaters.....
 Name Ihres Kindes: Geburtsdatum:
 Haben Sie mehrere Kinder? nein • ja, wie viele? Alter:
 Gab es Besonderheiten oder Komplikationen in der Schwangerschaft: nein ja, welche?
 Medikamente?

Geburt

Wo haben Sie entbunden? Krankenhaus • Geburtshaus • Hausgeburt
 Entbindung in der SSW • Geburtsdauer vom Blasensprung an: Std. natürliche Geburt
 • Zangengeburt • Saugglocke • Mehrlingsgeburt • Dammschnitt Kristeller Handgriff (Druck auf dem Bauch) • geplanter Kaiserschnitt • Notkaiserschnitt
 Einleitung / wehentreibende Mittel? nein • ja, welche?
 Medikamente während der Geburt? nein • PDA • sonstige:
 Komplikationen unter der Geburt? nein • ja, welche?

Gewicht des Neugeborenen: g • Größe des Neugeborenen: cm

Apgar-Werte:/...../..... • Kopfumfang: cm

Verringertes Fruchtwasser? nein • ja Nabelschnur um den Körper? nein • ja / um den Hals? nein • ja Blaue Verfärbung des Neugeborenen? nein • ja / Beatmung o.ä.? nein • ja

Geburtslage des Kindes

Kopflage • Stirnlage • Hinterhauptslage • „Sternengucker“ • Steisslage

Verletzungen bei der Geburt

Schlüsselbeinbruch? nein •

Sonstige:

nach der Geburt

Behandlung in der Kinderklinik? nein • ja, wie lange? Behandlung auf der Intensivstation? nein • ja, wie lange?

bisherige Kindheit

Haben Sie gestillt, bzw. stillen Sie? ja, wie lange? • nein

Gab/Gibt es Stillschwierigkeiten? ja, welche? • nein

Gab/Gibt es Saugschwierigkeiten (Flasche)? ja • nein

Spucken nach der Nahrungsaufnahme? ja • nein Speikind? ja • nein

sofort • später • ständig • gelegentlich • schwallartig

Hat Ihr Kind Blähungen? nein • ja • Dreimonatskolliken

... Verstopfung (3 Tage oder mehr ohne Stuhlgang)? nein • ja, Stuhlgang etwa alle Tage

Wurde Ihr Kind geimpft und wann? 3-fach: • 6-fach:

nein MMR: • Windpocken:

sonstige Impfungen:

Untersuchung Hüftdysplasie: noch keine Untersuchung erfolgt • Unters. ohne Befund

Untersuchung mit Befund:

Gibt es Schlafprobleme? nein • ja:

Schreit/Weint Ihr Kind häufig? nein • ja • „Schreikind“

Körperhaltung: Überstreckung des Kopfes • ... des Körpers • schiefe Haltung im Liegen

Bevorzugung einer Körperseite nein • linke Seite • rechte Seite bevorzugte Kopfdrehseite

keine • nach links • nach rechts

körperliche Unruhe als Baby? nein • ja

bekannte Krankheiten und Diagnosen

Wirbelsäule nein • ja, welche?

Hüfte, Fuß nein • ja, welche?

Lunge/Herz nein • ja, welche?

Sonstige nein • ja, welche?

Mandelentzündung? nein • ja, wann?

Mittelohrentzündung? nein • ja, wann?

gehäufte Infekte • Epilepsie • Fieberkrämpfe

Operationen:

sonstiges:

bisherige Therapien

.....

Medikamente:

Motorik

erstes Robben mit Monaten, Schwierigkeiten? nein • ja

erstes Krabbeln mit Monaten, Schwierigkeiten? nein • ja

erstes Sitzen mit Monaten, Schwierigkeiten? nein • ja

erstes Stehen mit Monaten, Schwierigkeiten? nein • ja

erstes Laufen mit Monaten, Schwierigkeiten? nein • ja

Schwierigkeiten der

Grobmotorik? nein • ja, welche?

Feinmotorik? nein • ja, welche?

Koordination? nein • ja, welche?

Sehstörungen? nein • ja, welche?

Hörstörungen? nein • ja, welche?

Konzentrationsschwächen? nein • ja, welche?

Sonstiges: Gibt es noch etwas, was Sie als wichtig empfinden und bisher nicht gefragt wurde?

Noch eine Frage in eigener Sache: Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- über Empfehlung
- über einen Flyer oder Visitenkarte
- über das Telefonbuch/Gelbe Seiten
- über eine Suchmaschine im Internet; welche?
- über