

ANAMNESEBOGEN

KINDER

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viele Informationen wie möglich über Ihr Kind und sein Lebensumfeld zu erhalten. Die meisten Informationen stehen im gelben Vorsorgeuntersuchungsheft Ihres Kindes. Sollten Sie nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet auch ein persönliches Gespräch statt, um noch offene Fragen zu klären.

Angaben zum Kind

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Beschwerden

Welche Beschwerden hat Ihr Kind und seit wann?

Ist Ihnen ein Auslöser bekannt?

Familie

Gibt es in der Familie erblich bedingte Krankheiten?

Gibt es Geschwister (wenn ja, wie alt)?

Schwangerschaft

Anzahl: _____ Alter der Mutter bei der Geburt: _____ Jahre

Spontanschwangerschaft / In-vitro-Fertilisation (IVS): _____

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotikum, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer etc.):

Gab es extreme Stressphasen / Psychoemotionale Belastungen oder Traumen während der Schwangerschaft? ☐ JA ☐ Nein

Wenn JA, welche? _____

Entbindung in der Schwangerschaftswoche _____

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Geburt

spontan ☐ Ja ☐ Nein

eingeleitet ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit was (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) _____

Kaiserschnitt ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand: _____

Lage des Kindes (Schädellage / Beckenendlage / Sternegucker): _____

Dauer der Geburt von der ersten Wehe bis zum ersten Schrei: _____

Anzahl der Presswehen (ca): _____

PDA / Spinalanästhesie ☐ Ja ☐ Nein

Es wurden Hilfsmittel (Zange / Saugglocke) verwendet? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde während der Geburt auf den Bauch gedrückt? (Kristell-Handgriff) ☐ Ja ☐ Nein

War die Nabelschnur verschlungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo / warum? _____

Sonstige Komplikationen?

Nach der Geburt

Das Kind hat sofort geschrien ☐ Ja ☐ Nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt ☐ Ja ☐ Nein

Dauer des stationären Aufenthalts: _____

Das Kind hat Lichttherapie bekommen ☐ Ja _____ Tage ☐ Nein

Wärmebettchen / Brutkasten / Intensivstation? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum? _____

Wurde das Kind beatmet? ☐ Ja _____ Tage ☐ Nein

Medikamente (Welche): ☐ Ja ☐ Nein

Auffälligkeiten im Säuglingsalter

Gibt es Stillschwierigkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bäuerchen kam schwer? ☐ Ja ☐ Nein

Bauchschmerzen / Stuhlgang kommt schlecht ☐ Ja ☐ Nein

Kind erbricht die Mahlzeiten ☐ Ja ☐ Nein

Abendliche Unruhe ☐ Ja _____ Stunden ☐ Nein

Unstillbares Schreien ☐ Ja _____ Stunden ☐ Nein

Das Baby überstreckt sich ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange schlief Ihr Kind auf 24h gesehen? _____ Stunden

Asymmetrien, Fehlhaltungen, Sonstiges

sofort nach der Geburt ☐ Ja ☐ Nein

erst später sichtbar ☐ Ja ☐ Nein

Köpfchen ist abgeflacht ☐ Ja ☐ Nein

Wo? _____

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt ☐ Ja ☐ Nein

Das Babys schaut(e) nur nach: ☐ rechts ☐ links

Bevorzugt eine Brust: ☐ rechts ☐ links

Dreht(e) sich nur nach einer Seite: ☐ rechts ☐ links

Bewegte beide Arme gleich ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen und Informationen das 1. Lebensjahr betreffend: (Mittelohrentzündung, Neurodermitis, Allergien, etc.)

Spezielle Fragen ab Kleinkindsalter

Schlaf und Schlafverhalten

- Das Kind ist übermäßig müde ☐ Ja ☐ Nein
- Ist es trotz Schlaf unausgeglichen? ☐ Ja ☐ Nein
- Schläft es regelmäßig unruhig? ☐ Ja ☐ Nein
- Leidet es unter Schlaflosigkeit? ☐ Ja ☐ Nein
- Schläft es schwer ein? ☐ Ja ☐ Nein
- Ist es häufig nachts wach? ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeinbefinden

- Psychische Verfassung: Das Kind macht einen antriebslosen Eindruck ☐ Ja ☐ Nein
- Es wirkt übermäßig aktiv und innerlich unruhig ☐ Ja ☐ Nein
- Es ist überwiegend schlecht gelaunt ☐ Ja ☐ Nein
- Besteht übermäßige Angst (Schule / Dunkelheit)? ☐ Ja ☐ Nein

Haltung / Bewegung

- Fallen statische Veränderungen auf (Füße, Beine, Rücken)? ☐ Ja ☐ Nein

Wo?

- Werden die Füße gedreht? ☐ nach außen ☐ nach innen
- Knicken die Füße ein oder senkt sich das Fußgewölbe ab? ☐ Ja ☐ Nein
- Vermehrt X- oder O-Beine? ☐ Ja ☐ Nein
- Vermehrt Rundrücken, seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule? ☐ Ja ☐ Nein
- Häufiges "Schlurfen", Umknicken, Stolpern? ☐ Ja ☐ Nein
- Fällt es häufig hin? ☐ Ja ☐ Nein

Sportliche Aktivitäten und Spiele

- Das Kind treibt Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft / Woche? _____ mal

Das Kind fährt Fahrrad?

☐ Ja ☐ Nein

Schule

Gibt es Probleme beim Lernen?

☐ Ja ☐ Nein

Schreiben? (Schreibkrampf, Schriftbild)

☐ Ja ☐ Nein

Mathematik? (Textaufgaben)

☐ Ja ☐ Nein

Feinmotorik? (schneiden, basteln)

☐ Ja ☐ Nein

Erkennen von Tafelbildern?

☐ Ja ☐ Nein

Konzentration? (Hausaufgaben, Arbeiten)

☐ Ja ☐ Nein

Ernährung

Ist die Ernährung ausgewogen? (Obst, Gemüse, Salat)

☐ Ja ☐ Nein

Isst das Kind regelmäßig?

☐ Ja ☐ Nein

Regelmäßiger Fastfood-Konsum?

☐ Ja ☐ Nein

Süßigkeitenkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

Süßgetränke?

☐ Ja ☐ Nein

Tägliches Naschen?

☐ Ja ☐ Nein

Trinkt es Wasser?

☐ Ja ☐ Nein

IT, TV, Spielekonsolen etc.

Täglich bis zu einer Stunde

☐ Ja ☐ Nein

Bis zu 2 Stunden

☐ Ja ☐ Nein

Länger

☐ Ja ☐ Nein

Traumata, Unfälle, Operationen

Traumata, Unfälle, Stürze

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Brüche?

☐ Ja ☐ Nein

Trennung, Scheidung, Tod, schwere Unfall?

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen

Regelmäßige Mittelohrentzündungen? ☐ Ja ☐ Nein

Regelmäßige Erkältungen? ☐ Ja ☐ Nein

Atmet es regelmäßig durch den Mund? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Kiefergelenksprobleme? ☐ Ja ☐ Nein

Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es regelmäßig auftretende Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Wo? _____

Bestand oder bestehen schwere Krankheiten?

Herz-Kreislaufsystem? ☐ Ja ☐ Nein

Magen-Darm-Trakt? ☐ Ja ☐ Nein

Atemwege? ☐ Ja ☐ Nein

Nervensystem? ☐ Ja ☐ Nein

Bewegungsapparat? ☐ Ja ☐ Nein

Von den klassischen Kinderkrankheiten abweichende Infektionskrankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Stoffwechselerkrankungen? (zB: Diabetes mellitus) ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen?

Besteht eine regelmäßige Medikamenteneinnahme? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit welcher Zielsetzung? _____

Bisherige Therapien:

Sonstige Auffälligkeiten

Unterschrift

Ort / Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____