

ANAMNESEBOGEN

SÄUGLINGE

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?

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

Sonstige Erkrankungen: (Mittelohrentzündung, Neurodermitis, Allergien, etc.)

Sonstige Informationen:

Unterschrift

Ort / Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____