

# Anamnesebogen Kind

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen! Zur Vorbereitung auf Ihren Ersttermin bitte ich Sie um einige Angaben, die zur Klärung Ihres Beschwerdebildes dienen. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen sorgfältig aus. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die wiederum anderweitig sinnvoll genutzt werden kann. Vielen Dank!

## Persönliche Daten

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Mutter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

Darf ich der Hebamme evtl. Rückfragen stellen? Ja ( ) Nein ( )

## 1) Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leidet ihr Kind und seit wann?

1) Hauptbeschwerden (was ist das Problem? Seit wann? in welchem Zusammenhang?)

---

---

---

2) Nebenbeschwerden

---

---

---

Welche Behandlungen / Maßnahmen hat Ihr Kind bereits gegen die Beschwerden bekommen? Evtl. Medikamente?

---

---

Wie war der Erfolg?

---

---

## 2) Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte

Besonderheiten in der Schwangerschaft? Wie war der Verlauf der Schwangerschaft für Sie?

---



---

<b>Geburt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Normale Schwangerschaftsdauer (Frühgeburt...)		
Natürliche Geburt		
Wie lange dauerte die Geburt?		
Kaiserschnitt		
Dammschnitt		
Komplikationen unter der Geburt		
Verringertes Fruchtwasser		
Nabelschnur um den Körper oder Hals		
Notsituation		
Sauglocken- / Zangengeburt		
Abnorme Kindslage (Sternengucker, Steißlage...)		
Schlüsselbeinbruch		
Nervenschädigung am Hals		
Größe des Säuglings		
Gewicht des Säuglings		
Geschwister		

<b>Stillen, Nahrungsaufnahme und Verdauung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie gestillt? Stillen Sie?		
Stillschwierigkeiten?		
Saug Schwierigkeiten?		
Spuckt ihr Kind nach Nahrungsaufnahme?		
Blähungen		
Verstopfungen		

<b>Haltung, Lage, Verhalten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Bevorzugung einer Körperseite (Kopfdrehung...)		
In Liegen schiefe Körperhaltung		
Überstreckung		
Konzentrationsstörungen		
Schreikind		
Ist die Spannung des Körpers nach Ihrem Empfinden normal?		
Ist Ihr Kind ein zufriedenes Kind?		
Schläft Ihr Kind gut?		

<b>Motorik</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Schwierigkeiten beim Drehen		
Schwierigkeiten beim Robben		
Schwierigkeiten beim Krabbeln		
Schwierigkeiten beim Sitzen		
Schwierigkeiten beim Stehen		
Schwierigkeiten beim Laufen		
Schwierigkeiten mit koordinativen Aufgaben/Geschicklichkeit		
Sehstörungen		
Hörstörungen		
Zeichen einer verstärkten Unruhe / Hyperaktivität		
Autistische Züge		

<b>Bewegungsapparat und anderes</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Skoliose		
Hüftdysplasie		
Fußdeformierungen		
Probleme mit der Lunge (Asthma, Bronchitis...)		
Häufige Mittelohrentzündungen		
Häufige Mandelentzündungen		
Krampfanfälle, Epilepsie		
Operative Behandlungen		

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind gehabt?

Masern     Mumps     Röteln     Windpocken     Scharlach     Pfeiffersches Drüsenfieber

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Impfungen hat Ihr Kinde bekommen?

Masern, Mumps, Röteln     Polio (Kinderlähmung)     Diphtherie     Tetanus     Hib  
 Gelbfieber     Pocken     Keuchhusten     Grippe

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber     Krämpfe     Unruhe     Verhaltensveränderungen     Schlaflosigkeit

andere: \_\_\_\_\_

Ich danke Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit und wir werden persönlich nochmal alles durchgehen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_