

Anamnesebogen für Kinder

Personalien des Kindes

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Gewicht zurzeit _____ Größe: _____

Gewicht nach der Geburt _____ Größe: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Verlauf der Schwangerschaft

Hatten Sie während der Schwangerschaft

eine ernste Erkrankung? Nein Ja
wenn ja, welche? _____

oder einen Unfall? Nein Ja

besonderen psychischen Stress? Nein Ja

Übelkeit und Erbrechen? Nein Ja
wenn ja, wie lange? _____

vorzeitige Wehen? Nein Ja
wenn ja, mussten Sie liegen? Nein Ja

Bekamen Sie wehenhemmen-
de Medikamente? Nein Ja
wenn ja, wie lange? _____
welche? _____

Verlauf der Geburt

Dauer 4 - 6 Std. 12 - 18 Std. < 4 Std. > 18 Std.

Spontangeburt Ja Nein

Komplikationen geplanter Kaiserschnitt Naiserschnitt
Zange Saugglocke
manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme

Apgar Werte (gelbes Heft, z.B. 10/10)

Geburtslage Hinterhaupt Scheitel Gesicht

Nabelschnurumwicklung Steiß

War die Geburt termingerecht? Ja zu früh über Termin

Mußte Ihr Kind im Krankenhaus Ja Nein

weiter betreut werden? wie lange?

warum?

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Konnte es ohne Probleme an
beide Brüste angelegt werden? Ja Nein

Das erste Lebensjahr

Mit wieviel Monaten sich drehen robben krabbeln

konnte Ihr Kind sitzen stehen laufen

Treppen steigen

Anpassungsschwierigkeiten

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der
aufgenommenen Nahrung
erbrochen? Nein Ja

Hatte es die so genannten
Drei-Monats-Koliken? Nein Ja

Leidet es an Blähungen,
Verstopfung oder Durchfällen? Nein Ja

Weinte es oft, ohne dass Sie
genau wussten, warum? Nein Ja

Hat oder hatte Ihr Kind
Schwierigkeiten einzuschlafen? jetzt früher

Wie lange schläft es
an einem Stück? jetzt

früher

Gesundheit

Hat Ihr Kind einen
angeborenen Defekt an einem
Organ, z. B. einen Herzfehler? Nein Wenn ja, welchen?

Hatte Ihr Kind einen Unfall? Nein Wenn ja, welchen?

eine OP? Nein Wenn ja, welche?

Kinderkrankheiten? Nein Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten? Nein Wenn ja, welche?

Mittelohrentzündungen? Nein Ja

mit Gabe von Antibiotika? Nein Ja

mit Einsetzen von Röhrcchen? Nein Ja

Blasen- bzw. Nierenerkrankungen? Nein Wenn ja, wie oft? _____

Fieberkrämpfe? Nein Wenn ja, wie oft? _____

Allergien? Nein Ja

mehr als 5x im Jahr Infektionen der Atemwege? Nein Ja

einen Pseudokrapp-Anfall? Nein Ja

Besteht eine familiäre Disposition zu Allergien? Nein Wenn ja, welche? _____

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? _____

Gab es Impfreaktionen? Nein Wenn ja, welche? _____

Nimmt es regelmäßig Medikamente? Nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen, z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS oder Krebs? Nein wenn ja, welche? _____

Beschreiben Sie das Essverhalten Ihres Kindes:

Bisherige Therapien:

Physiotherapie Nein Ja

Ergotherapie Nein Ja

Logopädie Nein Ja

Frühförderung Nein Ja

andere Therapie(n) zur Zeit? Nein wenn ja, welche? _____

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind

Datum: _____ Unterschrift: _____