

Anamnesebogen Kind bis 12 Jahre

Name: Vorname:

geboren am: in:

Name des Erziehungsberechtigten:

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.

1. Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. (Beckenschiefstand, Skoliose, etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschwister wurden hier bereits vorgestellt wer:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

2. Schwangerschaft/ Kind:

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 während der Schwangerschaft?
Ja Nein

Entbindung in der Schwangerschaftswoche
Geburtsgewicht: g Länge: cm
Apgar: / pH- Wert Nabelschnur:

3. Geburt

spontan:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
eingeleitet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

wenn ja, mit was (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.):

Kaiserschnitt: Ja Nein

wenn ja, geplant/ sekundär wegen Geburtsstillstandes:

Lage des Kindes (Schädellage/ Beckenendlage/ Sterngucker):

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 bei der Geburt auf den Bauch gedrückt
(Kristeller- Handgriff)? Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen? Ja Nein

wenn ja, wo/ worum:

sonstige Komplikationen?

4. nach der Geburt:

das Kind hat sofort geschrien: Ja Nein

das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt: Ja Nein

Dauer des stationären Aufenthaltes:

das Kind hat eine Lichttherapie bekommen: Ja Nein

wenn ja, wie viele Tage?

Wärmebettchen, Brutkasten, Intensivstation? Ja Nein

wenn ja, warum?

Wurde das Kind beatmet? Ja Nein

___Tage

Medikamente: Ja Nein

welche:

5. Auffälligkeiten:

Gab es Stillschwierigkeiten?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
welche:				
Bäuerchen kam schwer:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/ Stuhlgang kommt schlecht:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Kind erbricht die letzte Mahlzeit:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
abendliche Unruhe:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
		_____ Stunden		
unstillbares Schreien:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
		_____ Stunden		
wie lange schlief Ihr Kind auf 24 Stunden gesehen?		_____ Stunden		

6. Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges:

sofort nach der Geburt:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
erst später sichtbar:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Köpfchen ist abgeflacht:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wo:				
es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
das Baby schaut(e) nur nach	rechts	<input type="checkbox"/>	links	<input type="checkbox"/>
bevorzugt eine Brust	rechts	<input type="checkbox"/>	links	<input type="checkbox"/>
dreht(e) sich nur nach einer Seite	rechts	<input type="checkbox"/>	links	<input type="checkbox"/>
bewegt beide Arme gleich	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

7. Schlaf und Schlafverhalten:

Das Kind ist übermäßig müde?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es trotz Schlaf unausgeruht?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft es regelmäßig unruhig?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet es unter Schlaflosigkeit?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft es schwer ein?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es häufig nachts wach?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Allgemeinbefinden , psychische Verfassung

das Kind macht einen antriebslosen Eindruck	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es wirkt übermäßig aktiv und innerlich unruhig	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es ist überwiegend schlecht gelaunt	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht regelmäßig Angst? (Schule, Dunkelheit?)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Haltung/ Bewegung

Fallen statische Veränderungen auf? (Füße, Beine,Rücken)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wo _____	
Werden die Füße/ Beine gedreht?	<input type="checkbox"/> nach außen	<input type="checkbox"/> nach innen
Knicken die Füße ein oder senkt sich das Fußgewölbe ab?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte X-oder O-Beine?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrter Rundrücken, seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges „schlurfen“, umknicken, stolpern?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es häufig hin?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sportliche Aktivitäten und Spiel

Das Kind treibt Sport?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie oft/ Woche?	_____ mal	
Das Kind fährt Fahrrad?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Schule

Gibt es Probleme beim Lernen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben? (Schreibkrampf, Schriftbild)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathematik (Textaufgaben)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik (schneiden, basteln)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Tafelbildern?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration (Hausaufgaben, Arbeiten)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ernährung

Ist die Ernährung ausgewogen? (Obst, Gemüse, Salat)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst das Kind regelmäßig?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Fastfood-Konsum?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeitskonsum?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tägliches Naschen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt es Wasser?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. IT, TV, Spielkonsolen etc.

täglich bis zu einer Stunde	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis zu zwei Stunden	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
länger	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Traumata

Unfälle, Stürze?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüche?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung, Scheidung, Tod, schwerer Unfall?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Sonstige Erkrankungen:

Regelmäßige Mittelohrentzündungen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Erkältungen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet es regelmäßig durch den Mund?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Kiefergelenksprobleme?	Ja	Nein

Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es regelmäßig auftretende Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestanden oder bestehen schwere Krankheiten? Herz- Kreislauf-System?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Trakt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemwege?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervensystem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewegungsapparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Von den klassischen Kinderkrankheiten abweichende Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen? (Diabetes mellitus..)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, mit welcher Zielsetzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. bisherige Therapie:

17. Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes:

18. Sonstige Informationen:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: