

ANAMNESEBOGEN KINDER

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht: ☼ männlich ☼ weiblich

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geb. SSW: _____

Straße + Hausnr.: _____ PLZ + Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hobbys: _____

Name Hausarzt/Therapeut/Hebamme

Telefon Hausarzt/Therapeut//Hebamme

Aktuelle Körpergröße: _____ cm Geburtsgewicht: _____ kg

Aktuelles Körpergewicht: _____ kg Geb. Körpergröße: _____ cm

APGAR nach Geburt: _____ Geb. Kopfumfang: _____ cm

Kindesentwicklung

Informationen zur Geburt

- ☼ Spontangeburt
 - ☼ Kaiserschnitt
 - ☼ Zangengeburt oder Saugglocke
 - ☼ langwierige Geburt
 - ☼ schnelle Geburt
 - ☼ Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche
-

- ☼ Besonderheiten nach der Geburt – z. B. Hämatome
-

- ☼ Besonderheiten in der Schwangerschaft (Sturz, Unfall, Aufregung, Ängste, Schockzustände, OPs, Verluste, Medikamente...)
– wenn ja, welche
-

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☼ Asymmetrien des Kopfes | ☼ Schiefhaltungen des Körpers |
| ☼ Trink/Schluckstörung | ☼ Schielen |
| ☼ Tränenkanalverschluss | ☼ Augensenkung |
| ☼ Schulterluxation | ☼ Hüftdysplasie |
| ☼ Koliken | ☼ Gelbsucht |
| ☼ Ohrenentzündungen | ☼ Hautprobleme (z.B. Soor) |
| ☼ motorische Auffälligkeiten welche _____ | |

- ☼ andere schwere Infektionen – welche? _____

Krabbelte Ihr Kind? ☼ Ja ☼ Nein

Krankengeschichte

Traumata und Unfallhistorie

- Kopfverletzungen
- Stürze auf Becken/Steißbein
- Knochenbrüche
- Fuß-, Knieluxationen
- Sportunfälle
- Auto-, Fahrradunfälle
- Sonstiges _____

Weitere Erkrankungen

- Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)
 - Herz/Kreislauf
 - Wirbelsäulenschmerzen
 - Gelenkschmerzen
 - Verdauungsorgane
 - Blase/Niere
 - Menstruationsbeschwerde
 - Urogenitalorgane
 - Sonstiges _____
-
-

Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

- Ja Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurde, wann, was und wie wurde operiert?

War/Ist Ihr Kind in zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja Nein

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme?

Ja Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentrationsprobleme?

Ja Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen (Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)?

Welche Therapien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie, etc.?)

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Bitte füllen Sie den Bogen – soweit als möglich – zuhause aus und bringen ihn zum ersten Termin mit!