

## Anamnesebogen Kinder

Nachname/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben zum Kind

**Geschlecht:** männlich  weiblich

**Hobbys:**

### Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern des/der Minderjährigen:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Ggf. abweichende Adresse:**

**Tel. (privat):** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Email:**

**Anschrift des Hausarztes/evtl. Therapeuten:**

### Angaben zum Kind:

**Aktuelles Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ **kg**

**Aktuelle Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **cm**

## Entwicklung des Kindes:

### Informationen zur Geburt:

- Spontane Geburt
- Kaiserschnitt
- Einsatz einer Saugglocke
- Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

### Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

### Welche der folgenden Angaben treffen/trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation          | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss   |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes  | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen       |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht               |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes     | <input type="checkbox"/> Schielen                |
| <input type="checkbox"/> Koliken                   | <input type="checkbox"/> Augensenkung            |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?

### Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein
- Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

### Angaben zur Krankengeschichte:

- Kopfverletzungen
- Stürze auf Becken/ Steißbein
- Knochenbrüche
- Sportunfälle
- Fuß- oder Knieluxationen
- Auto-/ Fahrradunfall
- Sonstiges - bitte kurz beschreiben:

**Weitere Erkrankungen:**

- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Blasen/Niere
- Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen)
- Menstruationsbeschwerden (Mädchen)
- Verdauungsorgane
- Urogenitalorgane (Jungen)
- Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen
- Sonstiges – bitte kurz beschreiben:

**Wurde Ihr Kind operiert?**

- Nein
- Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie

**Befand/befindet sich Ihr Kind in zahn-/kieferorthopädischer Behandlung?**

- Nein
- Ja, wenn ja – warum? (Bitte kurz beschreiben)

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**

- Nein
- Ja, wenn ja – seit wann und warum (Bitte kurz beschreiben)?

**Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?**

- Nein
- Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben.

**Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?**

- Nein
- Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.B. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)?

**Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?**

- Nein
- Ja

**Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, PC, Smartphone, ...?**

**Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- Nein
- Ja, wenn ja - welche?

**Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie, ...)?**

- Nein
- Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

**Eigene Ergänzungen:**

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**