

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)?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!