

Anamnesebogen

für _____ geb. _____

Sehr geehrte Eltern,
in Ergänzung zur Fallaufnahme geben wir Ihnen hier eine Liste von Fragen, die uns helfen, Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten.
Die vielen Fragen, die Sie auf diesem Bogen finden, können Sie vielleicht nicht alle beantworten; das ist nicht weiter problematisch; manche treffen vielleicht auf Ihr Kind gar nicht zu. Je mehr Sie wissen, umso besser; machen Sie einfach einen Kreis um die richtige Antwort. Wo Sie sich aber nicht sicher sind, reicht ein Fragezeichen oder Sie lassen die Frage aus. Wenn Sie noch zusätzliche Bemerkungen haben, machen Sie bitte Notizen am Rand. Viele Informationen erhalten Sie auch schon auf der Seite 1 des gelben Vorsorge-Untersuchungsheftes Ihres Kindes.

1. Zur Familie:

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt
(z.B. Skoliose, Missbildungen, Beinverkürzung) ja/nein bei wem?

2. Schwangerschaft:

wie viele _____ Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre
Dauer _____ Wochen / Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm
Fehllage/Querlage/Beckenlage ja/nein

3. Die Geburt:

Zwilling/Drilling ja/nein
Wie lange dauerte die eigentliche Geburt (Presswehen) _____ Stunden
Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? ja/nein
Wurde eine PDA (Peridural-Anaesthesie) verwendet? ja/nein
Wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet? ja/nein
Die Geburt war ein Kaiserschnitt ja/nein
Kam es zu Geburtsverletzungen beim Kind? ja/nein

4. Auffälligkeiten:

Schläft das Kind nicht gut ein? ja/nein
Einschlafdauer? _____ Min.
Wird das Kind im Schlaf oft wach? ja/nein
wie oft? _____
Existiert eine bestimmte Schlafhaltung? ja/nein
welche? _____

Gab es Stillschwierigkeiten? rechts/links _____	ja/nein
Trinkt/Isst das Kind wenig oder schlecht?	ja/nein
Sabbert oder spuckt das Baby viel oder oft?	ja/nein
Haben/hatten Sie ein Schreikind?	ja/nein
Hat/hatte das Kind "Drei-Monats-Koliken"?	ja/nein
Ist Ihr Kind empfindlich am Nacken? (z.B. beim Anziehen)	ja/nein
- schwitzt Ihr Kind stark z.B im Nackenbereich?	ja/nein
- rauft sich Ihr Kind öfters die Haare?	ja/nein
- stützt Ihr Kind den Kopf häufig ab?	ja/nein

5. sonstige Gesundheitsprobleme: Unser Kind

• leidet an Rachenwegsinfekten	ja/nein
• Neurodermitis Seit wann?	ja/nein
• Allergien – Welche:	ja/nein
• Nahrungsmittelunverträglichkeiten welche:	ja/nein
• leidet an Blähungen	ja/nein
• leidet an Verstopfung	ja/nein
• leidet an Durchfällen	ja/nein
• Bauchschmerzen	ja/nein
• Kopfschmerzen wie oft pro Woche _____	ja/nein
• Neurologischen Erkrankungen an welchen	ja/nein
• trägt eine Brille Seit wann?	ja/nein
• trägt eine Zahnspange Seit wann?	ja/nein
• ist in kieferorthopädischer Behandlung Seit wann?	ja/nein
• trägt Einlagen Seit wann? _____	ja/nein
Die letzte Impfung am _____ welche _____	

6. Liegen Entwicklungsverzögerungen vor? ja/nein
 Haltung und Bewegung ja/nein
 Sprache und Verständnis ja/nein
 Konzentration, soziale Fertigkeiten ja/nein

7. Besteht eine Asymmetrie oder Fehlhaltung ? ja/nein

Wir wurden vom Arzt/ Hebamme, Krankengymnastik
 darauf aufmerksam gemacht ja/nein
 Uns fiel besonders Folgendes auf:
 (schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung etc.)

Das Baby schaut(e) nur nach	rechts/links	ja/nein
dreht(e) sich nur nach	rechts/links	ja/nein
bewegt beide Arme gleich	ja/nein	welchen weniger?

bewegt beide Beine gleich	ja/nein	welches weniger?
---------------------------	---------	------------------

Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner	ja/nein	rechts/links?
Der Hinterkopf ist einseitig flacher	ja/nein	rechts/links?
Unser Kind hat ein haarloses Gebiet	ja/nein	rechts/links?

8. Bisherige Therapien: z.B, Osteopathie, Krankengymnastik, Logopädie etc.

9. Operationen - Unfälle
 wann _____

10. Wer hat Sie überwiesen?

11. Name des Kinderarztes

12. Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt?

Ja/nein Name: _____

Datum / Unterschrift