

Anamnesebogen Kinder

Personalien des Kindes:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Gewicht z. Zt.

Größe z. Zt.:

Gewicht bei Geburt:

Größe bei Geburt:

Was ist der Grund Ihres Besuches:

Verlauf der Schwangerschaft:

Hatten Sie während der Schwangerschaft

eine ernste Erkrankung? nein ja / welche?

oder einen Unfall? nein ja

besonderen psychischen Stress? nein ja

Übelkeit und Erbrechen? nein ja / wie lange

vorzeitige Wehen nein ja
wenn ja, mussten Sie liegen? nein ja / wie lange

Bekamen Sie wehenhemmende
Medikamente? nein ja / welche / wie lange

Verlauf der Geburt

Dauer: 4-6 Std. 12-18 Std. unter 4 Std. mehr als 18 Std.

Spontangeburt? ja nein

Komplikationen? geplanter Kaiserschnitt Notkaiserschnitt

Zange Saugglocke

manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme

APGAR-Werte? (gelbes Heft z. B. 10/10)

Geburtslage?: Hinterhaupt	Scheitel	Gesicht
	Nabelschnurumwicklung	Steiß
War die Geburt termingerecht?	ja	nein
Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden?	nein	ja / wie lange / warum
Wurde / Wird Ihr Kind gestillt?	ja	nein
Konnte es ohne Probleme an beiden Seiten angelegt werden	ja	nein

Das erste Lebensjahr:

Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind:

sich drehen?	robben?	krabbeln?
sitzen?	stehen?	laufen?

Anpassungsschwierigkeiten:

Häufiges Erbrechen von einem Teil der aufgenommenen Nahrung?	nein	ja
Drei Monats Koliken	nein	ja
Blähungen / Verstopfung / Durchfälle	nein	ja
Häufiges Weinen ohne dass Sie wissen warum	nein	ja
Schwierigkeiten beim Ein- / Durchschlafen	nein	ja
Wie lange schläft es an einem Stück?	jetzt früher	

Gesundheit:

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ z. B. Herzfehler?	nein	ja
Hatte Ihr Kind einen Unfall?	nein	ja
eine Op?	nein	ja
Kinderkrankheiten?	nein	ja / welche
Infektionskrankheiten?	nein	ja / welche

Mittelohrentzündungen? mit Antibiotika?	nein nein	ja ja
mit Einsetzen von Röhren?	nein	ja
Blasen- / Nierenerkrankungen?	nein	ja / wie oft
Fieberkrämpfe?	nein	ja / wie oft
Allergien?	nein	ja / welche
mehr als 5 Infekte pro Jahr?	nein	ja
einen Pseudokrampfanfall?	nein	ja
Familiäre Disposition für Allergien?	nein	ja / welche
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?		
Gab es Impfreaktionen?	nein	ja / welche
Nimmt es regelmäßig Medikamente?	nein	ja / welche
Gibt es in Ihrer Familie schwere / chronische Erkrankungen (Asthma, Diabetes, Rheuma, MS, Krebs)?	nein	ja / welche

Beschreiben Sie das Essverhalten Ihres Kindes

Bisherige Therapien:

Physiotherapie	nein	ja
Ergotherapie	nein	ja
Logopädie	nein	ja
Frühförderung	nein	ja
andere		
Therapien z. Zt.	nein	ja / welche

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind: