



Anamnesebogen Kinder

Personalien des Kindes

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Geburtsgewicht: _____ Größe bei Geburt: _____

Grund Ihres Besuchs: _____

Verlauf der Schwangerschaft

Hatten Sie während der Schwangerschaft

eine ernste Erkrankung? Nein Ja

wenn ja, welche? _____

einen Unfall? Nein Ja

besonderen psychischen Stress? _____

Übelkeit und Erbrechen? Nein Ja

Wenn ja, wie lange? _____

Vorzeitige Wehen? Nein Ja

Wenn ja, mussten Sie liegen? _____

Bekamen Sie wehenhemmende Nein Ja

Medikamente? _____

Wenn ja, wie lange? _____

Welche? _____

Verlauf der Geburt

Dauer < 4h 4-18h >18h

Spontangeburt Ja Nein

Komplikationen Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt

Zange Saugglocke

Manuelle Hilfe durch Arzt/Hebamme

Geburtslage Hinterhaupt Scheitel Gesicht

Steiß Nabelschnurumwicklung

Termingerechte Geburt	Ja	zu früh	überTermin
War eine Weiterbetreuung im Krankenhaus notwendig? Falls ja, wie lange? Warum?	Ja	Nein	



Wurde/Wird Ihr Kind gestillt?	Ja	Nein
Konnte es problemlos an beide Brüste angelegt werden?	Ja	Nein

Das erste Lebensjahr

Mit wie vielen Monaten konnte
Ihr Kind

Sich drehen _____ robben _____ krabbeln _____
sitzen _____ stehen _____ laufen _____
Treppen steigen _____

Anpassungsschwierigkeiten

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen?	Nein	Ja
Hatte es die sogenannten Drei-Monats-Koliken?	Nein	Ja
Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfall?	Nein	Ja
Weint/e es oft, ohne ersichtlichen Grund?	Nein	Ja
Hatte oder hat Ihr Kind Probleme einzuschlafen?	Nein	Ja
Wie lange schläft es an einem Stück?	_____	

Gesundheit

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ?	Nein	Ja
Hatte Ihr Kind einen Unfall?	Nein	Ja Welchen? _____
Hatte Ihr Kind eine OP?	Nein	Ja Welche? _____
Kinderkrankheiten?	Nein	Ja Welche? _____ _____
Infektionskrankheiten?	Nein	Ja Welche? _____ _____
Mittelohrentzündung?	Nein	Ja
Blasen-/Nierenerkrankungen?	Nein	Ja
Fieberkrämpfe	Nein	Ja
Allergien	Nein	Ja
Pseudokruppanfall	Nein	Ja
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?	_____ _____ _____	
Gab es Impfreaktionen?	Nein	Ja
Nimmt es regelmäßig Medikamente?	Nein	Ja



Beschreiben Sie das Essverhalten des Kindes

Bisherige Therapien

Physiotherapie	Nein	Ja
Ergotherapie	Nein	Ja
Logopädie	Nein	Ja
Frühförderung	Nein	Ja
Andere	<hr/>	

Beschreiben Sie Ihr Kind
