

Anamnesebogen Kinder

Name: _____ geboren am: _____

Vorname: _____ männl. weibl. Alter: _____

Strasse: _____ Größe (cm): _____

PLZ, Ort: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ privat gesetzlich

Mail: _____ Beihilfe Zusatz

Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte	Ja	Nein
Haben Sie mehrere Kinder?		
Besonderheiten in der Schwangerschaft ?		
Normale Schwangerschaftsdauer (Frühgeburt,...)		

Geburt	Ja	Nein
Natürliche Geburt		
Dammschnitt		
Wehen treibende Mittel		
Komplikationen unter der Geburt		
Verringertes Fruchtwasser		
Nabelschnur um den Körper		
Nabelschnur um den Kopf		
Blaue Verfärbung des Babys nach der Geburt		
Notsituation (Beatmung o.Ä.)		
Abnorme Kindslage („Sterngucker, Steißlage,...)		
Gewicht des Säuglings		
Größe des Säuglings		

Verletzung bei der Geburt	Ja	Nein
Schlüsselbeinbruch		
Nervenschädigung am Hals (Plexus)		

Nach der Geburt	Ja	Nein
Entlassung mit Ihrem Baby		
Behandlung in der Kinderklinik		
Behandlung Frühgeborenen-Intensiv		

Stillen, Nahrungsaufnahme und Verdauung	Ja	Nein
Haben Sie gestillt?		
Stillschwierigkeiten		
Saug Schwierigkeiten (Flasche?)		
Spuckt Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme?		
Spuckkind		
Erbrechen nach Nahrungsaufnahme		
Erbrechen im Schwall		
Blähungen		
Verstopfungen		

Haltung, Lagerung, Koordination und Verhalten	Ja	Nein
Im Liegen schiefe Haltung		
Bevorzugung einer Körperseite		
Bevorzugte Kopfdrehhaltung		
Körperliche Unruhe als Baby		
Zwangsbewegungen		
Schreikind		
3 Monatskoliken		
Ist die Spannung des Körpers nach Ihrem Empfinden normal?		

Motorik (erstes Robben, Krabbeln etc.)	Ja	Nein
Schwierigkeiten beim Robben		
Schwierigkeiten beim Krabbeln		
Schwierigkeiten beim Sitzen		
Schwierigkeiten beim Stehen		
Schwierigkeiten beim Laufen		
Schwierigkeiten der Grobmotorik		
Schwierigkeiten der Feinmotorik		
Schwierigkeiten der Koordination		
Schwierigkeiten beim Hüpfen (beidbeinig)		
Schwierigkeiten beim Hüpfen (einbeinig)		
Liegen Sehstörungen vor		
Liegen Hörstörungen vor		
Liegen Konzentrationsstörungen vor		
Zeichen einer Verstärkten Aktivität (Hyperaktivität)		
Autistische Züge		

Veränderungen und/oder Erkrankungen am Bewegungsapparat und andere Erkrankungen	Ja	Nein
Säuglingsskoliose		
Hüftdysplasie		
Fußdeformierungen		
Lungenentzündung		
Häufige Mittelohrentzündungen		
Häufige Bronchitis		
Häufige Mandelentzündungen		
Epilepsie		
Paukenerguss		
Fieberkrämpfe		

Kramfanfälle		
Lähmungen		
Operative Behandlungen		

Unterschrift des
Erziehungsberechtigten: _____

(Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich den Aufklärungsbogen und die AGB's akzeptiere, sowie die Richtigkeit meiner Angaben)

Hinweis:

Die Praxis ist im ersten Stock. Anstatt eines Kinderwagens empfehlen wir einen Maxi-Cosi zum Transport Ihres Kindes.