

Anamnesebogen Kind

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name der Eltern: _____ männl. weibl. Alter: _____

Straße: _____ Größe (cm): _____

PLZ, Ort: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ privat gesetzlich

Mail: _____ Beihilfe Zusatz

Ich komme ausfolgendem Grund: _____

Hauptbeschwerden sind: _____

Schwangerschaft und Geburt	Ja	Nein
Schwangerschaftsverlauf normal?		
Gab es Komplikationen? Welche: _____		
Geburt mehr als 2 Wochen zu früh?		
Geburt mehr als 10 Tage zu spät?		
PDA – Saugglocke - Zange – Kaiserschnitt?		
Wird / wurde das Kind gestillt? Wie lange: _____		
Gab es Stillschwierigkeiten? Welche: _____		
Sonstiges: _____		

Baby 0 bis 1 Jahr	Ja	Nein
Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)		
Hat eine Liegeglatze		
Zeigt deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)		
Rücken überstreckt sich stark		

Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x am Tag)		
Pofalte schief		
Dreht sich überwiegend in eine Richtung		
Liegt nur auf dem Bauch		
Hat Blähungen / Koliken		
Schreit viel (mehr als 3 Stunden an drei aufeinander folgenden Tagen)		
Schläft durch / schläft kurz und unruhig / schläft schlecht ein		
Sonstiges: _____		

Kleinkind 1 bis 6 Jahre	Ja	Nein
Hat das Krabbeln ausgelassen		
Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt		
Zehenspitzenläufer		
Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen		
Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen		
Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe		
Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren		
Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen		
Lutscht noch am Daumen (über das 5. Lebensjahr hinaus)		
Häufige Ohren- und Nasen-Infekte		
Allergien? Welche: _____		
Zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen		
Sonstiges: _____		

Schulkind ab 6 Jahre	Ja	Nein
Sprachprobleme, Stottern		
Zähneknirschen, Kieferschmerzen		
Leseschwierigkeiten		

Abschreibeschwierigkeiten		
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)		
Schreibeschwierigkeiten		
Rechenschwierigkeit		
Kopfschmerzen		
Bauchschmerzen/Verdauungsprobleme		
Müdigkeit		
Unruhe / Ängste		
Schlafprobleme		
Probleme im Sportunterricht		
Trägt Zahnklammer seit: _____		
Unfälle / Operationen: _____		
Sonstiges: _____		

Alle Altersstufen	Ja	Nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente? Welche: _____		
Nutzung von digitalen Medien/Computerspielen/Handy? Wieviel Stunden pro Tag? ca. _____		
Gab es besondere Stressfaktoren im Leben Ihres Kindes? Familie / Schule / Kita / Sonstiges		

Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

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