



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelles Gewicht: _____

Aktuelle Größe: _____

Geburtsgewicht: _____

Geburtsgröße: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Verlauf der Schwangerschaft:

Hatten Sie während der Schwangerschaft

eine ernsthafte Erkrankung? nein ja wenn ja, welche? _____

einen Unfall? nein ja

besonderen psychischen Stress? nein ja

Übelkeit und Erbrechen? nein ja wenn ja, wie lange? _____

vorzeitige Wehen? nein ja wenn ja, mussten Sie liegen? _____

Bekamen Sie Wehen hemmende
Medikamente nein ja
wenn ja, wie lange? _____
welche? _____

Verlauf der Geburt:

Dauer <4 Std. 4-6Std. 12-18 Std.

Spontangeburt nein ja

Komplikationen geplanter Kaiserschnitt Notkaiserschnitt
Zange Saugglocke
Manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme

Apgar-Werte _____ (siehe U-Heft)

Geburtslage Hinterhaupt Scheitel Gesicht
Nabelschnurumwicklung Steiß

War die Geburt termingerecht ja zu früh über Termin

Musste Ihr Kind im Krankenhaus
weiter betreut werden? nein ja
wie lange? _____
warum? _____

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja

Konnte es ohne Probleme an
beide Brüste angelegt werden? nein ja

Das erste Lebensjahr:

Mit wieviel Monaten sich drehen _____ robben _____ krabbeln _____
konnte Ihr Kind sitzen _____ stehen _____ laufen _____
Treppen steigen _____

Anpassungsschwierigkeiten:

Hat Ihr Kind häufig einen Teil
der Nahrung erbrochen? nein ja



Hatte es die so genannten Drei-Monats-Koliken?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten, warum?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hat oder hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wie lange schläft es an einem Stück?	früher _____ jetzt _____	

Gesundheit:

Hat oder hatte Ihr Kind

einen angeborenen Defekt an einem Organ, z.B. Herzfehler?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen? _____
einen Unfall?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen? _____
eine OP?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Kinderkrankheiten?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Infektionskrankheiten?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Mittelohrentzündungen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> mit Gabe von Antibiotika? _____ mit Einsetzen von Röhren? _____
Blasen- und Nierenerkrankungen?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie oft? _____
Fieberkrämpfe?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie oft? _____
Allergien?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
mehr als 5x im Jahr Infektionen der Atemwege?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine familiäre Disposition zu Allergien?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?		_____
Gab es Impfreaktionen?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen, z.B. MS, Asthma, Diabetes, Rheuma, Krebs?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____

Beschreiben Sie das Essverhalten Ihres Kindes: _____

Bisherige Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung, andere):

Therapie(n) zurzeit? nein wenn ja, welche? _____

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind:

