



**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_