

Anamnesebogen Baby / Kleinkind 0 - 2 Jahre

Dieser Fragebogen dient ausschließlich praxisinternen Zwecken. Er unterstützt das Erstgespräch und ist Teil des Befundes.

Stammdaten						
Name, Vorname:		Größe, Gewicht bei Geburt				
Geburtsdatum:		Größe, Gewicht aktuell				
Name des Erziehungsberechtigten:		Reife				
Adresse:		Geburtsklinik				
Familienmitglieder, die in der Wohnung leben:		APGAR-Wert (gelbes Heft)				
Tel. Nr.		Untersuchungen:	U1	U2	U3	
Email:		U4	U5	U6	U7	U8
Kinderarzt		vorliegende Befunde/Berichte				
Frühfördestelle / SPZ		Hilfsmittel				
familiäre, gesundheitliche Vorbelastungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
wenn ja, welche? _____						
Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/>						
Angaben zum Konsultationsgrund:						
Was ist der Grund Ihres Kommens? _____						
Was sind Ihre Erwartungen? _____						

Angaben zur Schwangerschaft:

Anzahl der Schwangerschaften: Fehlgeburten: Anzahl der Kinder:

Verlauf der SchwangerschaftHatten Sie während der Schwangerschaft eine ernsthafte Erkrankung? ja nein

wenn ja, welche? _____

Einnahme von Medikamenten notwendig?

Medikament	Häufigkeit	Dauer

Unfälle, besondere psychische Belastungen? ja nein

wenn ja, welche? _____

Übelkeit, Erbrechen? ja nein

wenn ja, wie lange? _____

Hatten Sie vorzeitige Wehen? Liegen? ja nein Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente? ja nein Spontan Geburt ja nein

Dauer der Geburt insgesamt _____

Wie lange dauerte die Austreibungsphase ca.? _____

Wie viele Presswehen waren ungefähr nötig? _____

Gab es Komplikationen? ja nein

wenn ja, welche? _____

Zange manuelle Hilfe (Arzt oder Hebamme (Kristeller)) Saugglocke Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt eingeleitete Geburt ja nein wenn ja, womit? _____

War die Geburt termingerecht? _____ SSW _____ Tage _____

Frühgeburt Übertragen

Wie lag ihr Kind?

Hinterhaupt Scheitel Steiß Gesicht Nabelschnurumwicklung: ja nein Wo? _____Musste ihr Kind weiter im Krankenhaus betreut werden? ja nein

wenn ja, wie lange und warum? _____

Wurde ihr Kind gestillt? ja nein

wenn ja, wie lange? _____

Konnten/können sie es an beiden Brüsten anlegen? ja nein

Angaben zum Kind			
Ernährungsverhalten: _____	Vorlieben/ Abneigungen _____		
Hüften	Kontrolle erfolgt?	Wann?	
Hat Ihr Kind eine angeborene Erkrankung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche (Hilfsmittel)? _____			
Hatte Ihr Kind einen Unfall/Operation?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			
Kinderkrankheiten		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			
häufige Mittelohrentzündungen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mandelentzündungen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bronchitis/Lungenentzündung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blasen- Nierenerkrankung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieberkrämpfe		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wie oft? _____			
Allergien		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			
Leidet Ihr Kind häufig (also mehr als 5 x / Jahr) an Infektionen der Atemwege?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrupperfall?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wie oft? _____			
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?			

Gab es Impfreaktionen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			
Nimmt es regelmäßig Medikamente?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Medikament	wie oft?	seit wann?	Nebenwirkungen

Bemerkungen (vom Therapeut auszufüllen)	
Wurde ihr Kind bisher therapeutisch betreut?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Physiotherapie , wenn ja, wo? _____	
Ergotherapie , wenn ja, wo? _____	
Logopädie , wenn ja, wo? _____	
Frühförderung , wenn ja, wo? _____	
Andere? _____	
Erfolgen zurzeit Therapien bei Ärzten oder Therapeuten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____	

Die ersten 24 Monate

Entspricht das Schädelwachstum der Norm? ja nein
wenn nein, zu klein zu groß

Passt das Längenwachstum und die Gewichtszunahme zueinander? ja nein

Wie schätzen Sie die Körperspannung Ihres Kindes ein? relativ hoch relativ niedrig

wann konnte Ihr Kind ungefähr...

- sich drehen von der Rückenlage in die Bauchlage: _____

Wie sah es aus? Besonderheiten: _____

- sich in Bauchlage abstützen? Mit den Unterarmen, mit dem Ellenbogen, mit den Händen.

- sich drehen von der Bauchlage in Rückenlage? _____

Wie sah es aus? Besonderheiten:

- Krabbeln? _____ Besonderheiten: _____

- sich hochziehen in den Stand? _____

- frei stehen? _____ Besonderheiten: _____

- seitlich gehen an Gegenständen? _____

- laufen? _____ Besonderheiten: _____

Mag Ihr Kind kuscheln? ja nein

Reagiert Ihr Kind empfindlich auf Geräusche, ja nein

schnelle Bewegungen von vorn, starke Reize?

Komplikationen:

- Hat Ihr Kind oft einen Teil der aufgenommenen Nahrung gespuckt? ja nein

- Hatte es die sog. Drei-Monats-Kolikken? ja nein

- Leidet es an Blähungen, Verstopfungen oder Durchfällen? ja nein

wenn ja, welche: _____

weint Ihr Kind oft, ohne dass Sie genau wissen warum? ja nein

Hat/hatte Ihr Kind Probleme, Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein

jetzt ja nein

früher ja nein

Wie lange schläft es nachts an einem Stück? jetzt _____

früher _____

Vielen Dank für ihre Mithilfe, auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum: _____ Unterschrift: _____