

Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

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

Stammdaten			
Name, Vorname:		Größe	
Geburtsdatum:		Gewicht	
Name der Erziehungsberechtigten:			
Familienmitglieder, die in der Wohnung leben:			
Adresse:			
Tel. Nr.		Treibt ihr Kind regelmäßig Sport?	
Mobil:		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Email:		Verein:	
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? _____			

Kindergarten	
Schule	

Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

Anzahl der Schwangerschaften:

Anzahl der Kinder _____

Hatten sie während der Schwangerschaft

eine ernsthafte Erkrankung? ja nein

wenn ja, welche? _____

die Notwendigkeit, Medikamente einzunehmen? ja nein

wenn ja, welche? _____

Unfälle, Stürze, Infektionen? ja nein

wenn ja, welche? _____

besondere psychische Belastungen? ja nein

wenn ja, welche? _____

vorzeitige Wehen? ja nein

die Notwendigkeit meist zu Liegen? ja nein

Spontane Geburt eher schnell
eher langsam

Komplikationen ja nein

wenn ja, welche?

Zange manuelle Hilfe Saugglocke
Arzt / Hebamme - Kristeller

Kaiserschnitt

geplant Notkaiserschnitt eingeleitete Geburt

War die Geburt termingerecht? ja nein

Frühgeburt SSW _____ übertragen

War ihr Baby unruhig; schrie viel ja nein

oder war es sehr pflegeleicht? ja nein

Haben sie gestillt? ja nein

wenn ja, wie lange? _____

Hat ihr Kind gern gekuschelt? ja nein

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

jetzt früher

Wie lange schläft es nachts an einem Stück?

jetzt _____ früher _____

Ist ihr Kind gekrabbelt? ja nein

wie? _____

Wann konnte es ungefähr laufen? wie? _____

Angaben zum Kind

Hatte oder hat Ihr Kind

eine angeborene Erkrankung? ja nein

wenn ja, welche (Hilfsmittel)? _____

eine Hör- oder Sehbehinderung ? ja nein

wenn ja, welche (Hilfsmittel)? _____

einen Unfall/Operation? ja nein

wenn ja, welche? _____

Kinderkrankheiten ja nein

wenn ja, welche? _____

häufige Mittelohrentzündungen? ja nein

Mandelentzündungen? ja nein

Bronchitis/Lungenentzündung ja nein

Blasen- Nierenerkrankung ja nein

Magenschmerzen/Blähungen/Verstopfung ja nein

wenn ja, wie oft? _____

Allergien ja nein

wenn ja, welche _____

Leidet Ihr Kind häufig (also mehr als 5x/Jahr) an Infektionen der Atemwege? ja nein

wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrampfanfall? ja nein

wenn ja, wie oft? _____

Gab es Besonderheiten bei Impfungen? ja nein

wenn ja, welche? _____

Nimmt es regelmäßig Medikamente? ja nein

Medikament	wie oft?	seit wann?	Nebenwirkungen

Fragen zum Förderbedarf

Wurde oder wird ihr Kind therapeutisch betreut? ja nein

Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie wenn ja, wo? _____

Frühförderung/SPZ ja nein

wenn ja, wo? _____

Integrationskind: ja nein

Hat ihr Kind einen besonderen Förderbedarf? ja nein

wenn ja, welchen? _____

Vielen Dank für ihre Mithilfe, auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum: _____ Unterschrift: _____