



Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben zum Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Anschrift:

Hobbys:

Name und Anschrift des Kinderarztes:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name, Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat):

Handy:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Gibt es Auffälligkeiten bei der Entwicklung des Kindes: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Informationen zur Geburt:

spontan Geburt Kaiserschnitt Einsatz einer Saugglocke Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gab es nach der Geburt Besonderheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers |
| <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Schielen | <input type="checkbox"/> Augensenkung | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes | <input type="checkbox"/> Koliken |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ja Nein

Wenn ja, ab welchem Alter?

Angaben zur Krankengeschichte:

- Kopfverletzungen Stürze auf Becken/ Steißbein Knochenbrüche
 Sportunfälle Fuß- oder Knieluxationen Auto-/ Fahrradunfall
 Sonstiges - bitte kurz beschreiben:

Weitere Erkrankungen:

- Herz-/Kreislaufbeschwerden Blasen/Niere Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen)
 Menstruationsbeschwerden (Mädchen) Urogenitalorgane (Jungen) Verdauungsorgane
 Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen Sonstiges – bitte kurz beschreiben

Wurde Ihr Kind operiert? Ja Nein

Wenn ja, warum, was, wann und wie?

Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum und seit wann?

Trägt Ihr Kind eine Brille? Ja Nein

Wenn ja, warum und seit wann?

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen? Ja Nein

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie fühlt sich der Schmerz an? ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen? Ja Nein

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)? Ja Nein

Wenn ja, warum und seit wann?

Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter