



Anamnesebogen für Kinder

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____
 E-Mail: _____
 Telefon: _____
 Krankenkasse: _____
 Geburtstag: _____ Alter: _____
 Geschlecht: _____ Größe (cm): _____

Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte

Haben Sie mehrere Kinder? _____
 Besonderheiten in der Schwangerschaft? _____
 Normale Schwangerschaftsdauer (Frühgeburt, Fehlgeburt...)? _____

Geburt

Natürliche Geburt? _____
 Dammschnitt? _____
 Wehen treibende Mittel? _____
 Komplikationen unter der Geburt? _____
 Verringertes Fruchtwasser? _____
 Nabelschnur um den Kopf/ Körper? _____
 Blaue Verfärbung des Babys nach der Geburt? _____
 Notsituation (Beatmung, Wiederbelebung, (o Ä)? _____
 Abnorme Kindslage (Sternengucker, Steißlage...) _____
 Gewicht bei Geburt: _____ Größe bei Geburt: _____
 Verletzungen bei Geburt? _____
 Behandlung in der Kinderklinik? _____

Stillen/ Nahrungsaufnahme/ Verdauung

Haben Sie gestillt? _____
 Stillschwierigkeiten? _____
 Saugschwierigkeiten (Flasche?) _____
 Spuckt Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme? _____ Im Schwall? _____
 Blähungen? _____ Verstopfungen? _____

Haltung/ Lagerung/ Koordination/ Verhalten

Im Liegen schiefe Haltung? _____
 Bevorzugung eine Körperseite? _____



Bevorzugte Kopfdrehhaltung? _____

Körperliche Unruhe als Baby? _____

Häufiges Schreien? _____

Dreimonatskoliken? _____

Motorik

Schwierigkeiten beim Robben? _____

Schwierigkeiten beim Krabbeln? _____

Schwierigkeiten beim Sitzen? _____

Schwierigkeiten beim Stehen? _____

Schwierigkeiten beim Laufen? _____

Schwierigkeiten bei der Grobmotorik? _____

Schwierigkeiten bei der Feinmotorik? _____

Schwierigkeiten mit der Koordination? _____

Schwierigkeiten beim Hüpfen (beidbeinig)? _____

Schwierigkeiten beim Hüpfen (einbeinig)? _____

Liegen Sehstörungen vor? _____

Liegen Hörstörungen vor? _____

Liegen Konzentrationsstörungen vor? _____

Hyperaktivität? _____

Autistische Züge? _____

Veränderungen des Bewegungsapparates und andere Erkrankungen

Skoliose? _____

Hüftdysplasie? _____

Fußdeformierungen? _____

Häufige Bronchitis? _____

Lungenentzündung? _____

Häufige Mittelohrentzündungen? _____

Häufige Mandelentzündungen? _____

Fieberkrämpfe? _____

Epilepsie? _____

Paukenerguss? _____

Lähmungen? _____

Operative Behandlungen? _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

(Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben)