

Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat): Handy:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: kg
Aktuelle Körpergröße: cm

Entwicklung des Kindes:

Informationen zur Geburt:

- spontane Geburt
- Kaiserschnitt
- Einsatz einer Saugglocke
- Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

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

- Schulterluxation
- Schiefhaltung des Körpers
- Schiefhaltung des Kopfes
- Hüftdysplasie
- Asymmetrie des Kopfes
- Koliken
- Trink-/Schluckstörungen
- Tränenkanalverschluss
- Ohrenentzündungen
- Gelbsucht
- Schielen
- Augensenkung

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein
- Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

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

Weitere Erkrankungen:

- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Blasen/Niere

Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen)

Verdauungsorgane

Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen

Menstruationsbeschwerden (Mädchen)

Urogenitalorgane (Jungen)

Sonstiges – bitte kurz beschreiben

Wurde Ihr Kind operiert?

Nein

Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie

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

Nein

Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Nein

Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

Nein

Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

Nein

Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.Bsp. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

Nein

Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone ...?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja, wenn ja- welche?

Beendet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?

Nein

Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!