



Anamnesebogen für Säuglinge- Kleinkinder- Schulkinder

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Rechnungsempfänger: _____ Krankenkasse/ Erstattung über: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Tel. beruflich: _____

Tel. mobil: _____ E-Mail: _____

Kinder-/Hausarzt: _____ Wer hat uns empfohlen: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen soweit wie möglich. Sofern etwas zutrifft bitte ankreuzen, sonst in eigenen Worten beschreiben.
Beachten Sie dabei, dass auch früher durchgemachte Erkrankungen/ Auffälligkeiten für uns von Interesse sind.

Was ist der Grund Ihres Besuches:

Bisherige Diagnostik/ Diagnose:

Schwangerschaft:

Alter der Mutter bei der Geburt: _____ Alter des Vaters bei der Geburt: _____

Bisherige Schwangerschaften: nein ja, und zwar:

Gab es Fehlgeburten?: nein ja, und zwar:

Gab es Schwangerschaftskomplikationen?: nein ja, und zwar:

Gesundheitszustand der Mutter vor/während/nach der Schwangerschaft: gut schlecht, weil:

psychisch-emotionale Belastungen der Mutter vor/ während/ nach der Schwangerschaft: nein ja, weil:

Geburt:

Wo fand die Entbindung statt? Krankenhaus Geburtshaus Hausgeburt

Geburt in der _____ SSW Geburtsdauer: _____ Stunden Austreibungsphase/ Presswehen: _____ Stunden

Schmerzmittel: nein ja, und zwar: _____ Wehenfördernde Mittel: nein ja, und zwar:

Geburt: Spontan Saugglocke Zange Kaiserschnitt: geplant? ja nein wievielte?

Lage des Kindes: Schädellage Steißlage andere, und zwar: _____

APGAR: _____ / _____ / _____

Nabelschnur pH: _____ Fruchtwasser: unauffällig grün zuviel zu wenig

Geburtsgröße: _____ cm Geburtsgewicht: _____ g Kopfumfang: _____ cm

Verletzungen bei der Geburt: nein ja, und zwar:

Besonderheiten nach der Geburt (z.B. Atmung, intensivmedizinische Betreuung; Operationen, Verletzungen):

nein ja, und zwar:

Nahrungsaufnahme:

Stillen: ja, wie lange? _____ evtl. Grund des Abstillens:
nein, weil:
Besonderheiten (z.B. Trinkschwäche):

Trinken aus der Flasche: gut schlecht, weil:

Trinkrhythmik: tagsüber alle _____ Stunden nachts alle _____ Stunden
Feste Nahrung: Kind kann abbeißen Kind kann kauen häufiges verschlucken
Welcher Geschmack wird bevorzugt? süß sauer salzig bitter würzig
Welcher Geschmack wird abgelehnt? süß sauer salzig bitter würzig
Vermehrter Speichelfluss? nein ja

Vegetative Regulation:

Schlafrhythmik/-dauer: tagsüber: _____ nachts: _____
Ein-/ Durchschlafprobleme: nein ja (früher/ heute?):

Appetit: gut schlecht übermäßig wechselnd
Spucken: nein ja (wie? früher/heute):
Kolik: nein ja (früher/heute?):
Stuhlgang: regelmäßig? ja nein wie oft?
auffällig (z.B. Farbe/Konsistenz/ Geruch)? nein ja, und zwar:
Allergie: nein ja, gegen:
Asthmatische Erkrankung: nein ja
Allgemeine Körpertemperatur: normal etwas erhöht etwas zu niedrig
Gehäuftes Fieber: nein ja
Fieberkrämpfe: nein ja
Übermäßiges Schwitzen (auch: Schweißhände/-füße): nein ja

Wahrnehmung:

Augenprobleme: nein ja, und zwar:
Hörprobleme: nein ja, und zwar:
Geruchsempfindlichkeit: nein ja
Geräuschempfindlichkeit: nein ja
Mag berührt werden/ schmust gerne: ja nein
Will/ Wollte ständig getragen werden: nein ja
Mag/ Mochte die Bauchlage im Wachzustand: ja nein

Motorik / Bewegungsverhalten:

Lag/liegt Ihr Kind auf dem Bauch und stützt sich auf Ellbogen/ Hände? ja nein
Lag/ liegt Ihr Kind auf dem Rücken und strampelt mit den Beinen abwechselnd? ja nein
Steckt(e) Ihr Kind beide Hände in den Mund? ja nein
Steckt(e) Ihr Kind beide Füße in den Mund? ja nein
Bevorzugt(e) Ihr Kind eine Seite (z.B. Blickrichtung/Hören/Greifen)? nein ja, und zwar:
Drehen über re /li Seite? ja, seit dem _____ Monat nein
Robben: ja, seit dem _____ Monat nein
Krabbeln: ja, seit dem _____ Monat nein
Eigenständiges Hinsetzen möglich? ja, seit dem _____ Monat nein
Hinstellen/ freier Stand: ja, seit dem _____ Monat nein
Freies Laufen: ja, seit dem _____ Monat nein
Klettert gerne/überwindet Hindernisse: ja nein
Bewegt sich sicher und geschickt: ja nein
Ist ausdauernd und belastbar: ja nein
Feinmotorik: unauffällig auffällig

Orthopädie:

Bekannte orthopädische Erkrankungen?: nein ja, und zwar:
Fühlt sich steif an: nein ja
Fühlt sich schlaff an: nein ja
Schädelverformung (früher und heute): nein ja
Brustkorbverformung (früher und heute): nein ja
Hüftschaden: nein ja, und zwar:

Kieferorthopädische Probleme: nein ja, und zwar:

Sprachentwicklung:

Lautieren: ja nein
Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung: nein ja, und zwar:

sonstige Krankengeschichte:

Impfungen nach STIKO: ja nein, und zwar:
Impfreaktionen: nein ja, und zwar:
Neurologische Erkrankungen: nein ja, und zwar:
Genetische Defekte: nein ja, und zwar:
Organfehlbildungen: nein ja, und zwar:
Kopfschmerzen: nein ja
Hauterkrankungen: nein ja, und zwar:

Gehäufte Infektionen (z.B. Mittelohrentzündung; Bronchitis; Schnupfen):
nein ja, und zwar:

Infektionserkrankungen (z.B. Meningitis; Lungenentzündung; Hepatitis):
nein ja, und zwar:

Gab es Unfälle, stärkere Verletzungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
nein ja, und zwar:

Alltag:

Wo ist Ihr Kind tagsüber untergebracht? zu Hause KiTa Tagesmutter Schule sonstiges:
Selbständigkeit: Tagsüber trocken seit _____ Nachts trocken seit _____
An- und Ausziehen Essen: Mithilfe im Haushalt:

Motivation: Was macht Ihr Kind mit Lust?

Was macht Ihr Kind ungern?

Spielverhalten: unauffällig auffällig, weil:
Lernverhalten: unauffällig auffällig, weil:
Sozial-emotionale Auffälligkeiten: nein ja, und zwar:
Freizeitgestaltung/ Sport/ Freunde:

Medienkonsum (z.B.Computer /-spiele; TV): ca. _____Minuten/tägl. bzw. ca. _____ Stunden/Woche

- Anamnesebogen Kinder Seite 4 -

Bisherige Therapie:

Hilfsmittelversorgung (auch Einlagen, Zahnspangen):

Medikamente (auch Homöopathika/ Nahrungsergänzungsmittel):

Kleingedrucktes:

- Die Behandlung ist eine Privatleistung, die auf Grundlage der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)/ Hufelandverzeichnis erfolgt. Im Falle der fehlenden Kostenübernahme durch meine Krankenkasse muss ich die Kosten selbst tragen. Eine Preisinformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.
- Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Termins selbst tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe. Termine müssen mit Angabe des Datums abgesagt werden.

Hamburg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____