

Anamnesebogen

Datum:

Name Kind:

geb.:

Namen Eltern:

<u>Schlaf des Kindes</u>			<u>Körperhaltung</u>		
Mund geschlossen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	dreht Kopf lieber in eine Richtung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Teilweise <input type="checkbox"/>		Stillen an einer Seite besser	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
hörbare Atemaussetzer	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	liegt ungern wach in Bauchlage	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Atemgeräusche	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Mund tagsüber offen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

weißer Belag auf Zunge	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Schmerzende Brustwarzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zittern Kinn <input type="checkbox"/> / Zunge <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Zufütterung notwendig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blähungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Reflux / Aufstoßen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
häufig Schluckauf	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Stillhütchen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Osteopathie / Physiotherapie / Logopädie o.ä.

<input type="text"/>	Anzahl <input type="text"/>
<input type="text"/>	Anzahl <input type="text"/>
<input type="text"/>	Anzahl <input type="text"/>

Weitere Informationen:

ggf. Fortsetzung: