

Anamnesebogen Kinder

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ich möchte Sie mit den nachfolgenden Fragen um persönliche Informationen bitten, die sehr privat sind und zur Unterstützung einer zielführenden Behandlung benötigt werden. Ich werde diese Informationen selbstverständlich streng vertraulich nach DSGVO behandeln. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht!

Vielen Dank!

1. Angaben zur akuten Situation:

Welche akuten Beschwerden hat Ihr Kind derzeit?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Nimmt das Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

2. Angaben zur Schwangerschaft:

Gab es Komplikationen?

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?

3. Angaben zur Geburt:

Spontangeburt oder eingeleitet?

Kaiserschnitt:

Ja Nein

Geburtsposition

Geburtshilfliche Maßnahmen? (z.B. Saugglocke)

Längerer Krankenhausaufenthalt direkt nach Geburt?

Ja Nein

Warum?

4. Erste Lebenswochen/Säuglingsalter

Falls Auffälligkeiten zu folgenden Themen bestehen/bestanden bitte kurz angeben:

Nahrungsaufnahme:

Koliken:

Schlaf:

Schreien, Weinen:

Übermäßiger Schreckreflex?

Traumata/ Unfälle/Operationen

4. Das Kind zwischen 6 Monaten und 3 Jahren:

Falls Auffälligkeiten zu folgenden Punkten bestehen oder bestanden bitte kurz angeben.

Nahrungsaufnahme

Miktion und Stuhlgang:

Schlaf:

Krankheiten, wiederkehrende Infektionen? (z.B. Mittelohrentzündung, Lungenproblematik, Thorax, Bauchbeschwerden)

Sprachliche Entwicklung:

Motorische Entwicklung:

(Beispielfragen: Wann hat das Kind Laufen gelernt?, Ist das Kind gerne aktiv?)

Unfälle/Operationen:

5. Das Kind zwischen 3 und 12 Jahren:

Falls Auffälligkeiten zu folgenden Punkten bestehen oder bestanden bitte kurz angeben.

Motorische Entwicklung:

(Beispielfragen: Gibt es Probleme in Fein- und/ oder Grobmotorik? Mag das Kind Malen und Basteln? Hat das Kind Schwierigkeiten beim Schreiben? Hat das Kind Gleichgewichtsprobleme? Beim älteren Kind: Kann das Kind Radfahren? Kann das Kind Schwimmen? Wie ist das Aktivitätsniveau allgemein? etc.)

Krankheiten, wiederkehrende Infektionen? (Ohr, Atmungssystem, Verdauungssystem, Kopfschmerz etc.)

Unfälle/Traumata/Operationen:

Verhaltensauffälligkeiten:

(Beispielfragen: Hat das Kind Schwierigkeiten in Kindergarten oder Schule? Kann sich das Kind längere Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren? Kann das Kind längere Zeit stillsitzen? Zeigt das Kind Interesse an bestimmten Themen?)

Vielen Dank für Ihre Kooperation!
Birgit Faltermeier

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/er _____