



## Anamnesefragebogen Säuglinge und Kinder

Liebe Eltern,

für die optimale Vorbereitung einer ganzheitlichen Behandlung ist es notwendig, möglichst viele Informationen vorab über den Gesundheitszustand Ihres Kindes zu erhalten. Bitte füllen Sie den Fragebogen dazu sorgfältig und vollständig aus und bringen ihn zu Ihrem Termin mit (oder füllen ihn im Wartezimmer aus).

Einige der erfragten Werte können Sie im gelben U-Heft Ihres Kindes finden. Bitte bringen Sie das U-Heft auch zum ersten Termin mit.

Vielen Dank.

Name _____	Geb.-Datum _____
Vorname _____	Telefon _____
Straße _____	E-Mail _____
PLZ/Ort _____	Kinderarzt _____
Versicherung gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Name der Versicherung _____	

Gewicht und Größe derzeit _____
Gewicht und Größe bei Geburt _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?
_____
_____
_____

Hatten Sie während der Schwangerschaft	
Eine ernste Erkrankung? Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	Nein <input type="checkbox"/>
Behandlung mit Medikamenten? Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	Nein <input type="checkbox"/>
Einen Unfall? Ja <input type="checkbox"/> Was? _____	Nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit und/oder Erbrechen? Ja <input type="checkbox"/> Wie lange? _____	Nein <input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehen? Ja <input type="checkbox"/> Wann/SSW? _____	Mussten Sie liegen/wie lange? _____
	Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente/welche? _____
	Nein <input type="checkbox"/>
Psychischer Stress? Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Verlauf der Geburt

Dauer? 4-6 Std.  7-11 Std.  12-18 Std.  länger   
Dauer der Austreibungsphase? 20-50 Min.  kürzer  länger   
Vaginale Geburt  Kaiserschnitt geplant  Notkaiserschnitt  Zange  Glocke   
Apgar Werte (siehe gelbes U-Heft) \_\_\_\_\_  
pH-Wert \_\_\_\_\_  
Geburtspräsentation? Hinterhaupt  Scheitel  Gesicht  Steiß   
Nabelschnurumwicklung? Ja  wo? \_\_\_\_\_  
Nein   
Geburt termingerecht? \_\_\_\_\_ SSW  
Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden? Nein   
Ja  Warum? \_\_\_\_\_  
Wurde/Wird Ihr Kind gestillt? Ja  Nein

Hat Ihr Kind häufig gespuckt? Ja  Nein   
Drei-Monats-Koliken? Ja  Nein   
Blähungen/Verstopfung/Durchfall? Ja  Nein   
Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? Ja  Nein   
Hat/hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? Ja  Nein   
Wie lange schläft Ihr Kind nachts am Stück? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen angeborenen Organdefekt (z.B. Herzfehler)? Nein   
Ja  Welchen? \_\_\_\_\_  
Hatte Ihr Kind einen Unfall? Nein   
Ja  Welchen? \_\_\_\_\_  
Kinderkrankheiten? Nein   
Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Mittelohrentzündungen? Nein  Ja  Wie häufig? \_\_\_\_\_  
Mandelentzündungen? Nein  Ja  Wie häufig? \_\_\_\_\_  
Bronchitis/Lungenentzündung? Nein  Ja  Wie häufig? \_\_\_\_\_  
Blasen- oder Nierenerkrankungen? Nein  Ja   
Fieberkrämpfe? Nein  Ja   
Allergien? Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Leidet Ihr Kind häufig (mehr als 5 x pro Jahr) an Atemwegsinfektionen? Nein  Ja   
Impfungen? Nein  Ja   
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten (z.B. Angst, Aggression, lustlos ...) Nein  Ja   
Ernährung? Normalkost  vegetarisch  vegan  sonstige  \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes ...)  
Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Besteht eine familiäre Neigung für Allergien? Nein  Ja

Bisherige Therapien (z.B. Physiotherapie, Logopädie ...)  
\_\_\_\_\_

Gibt es sonstige Angaben, welche nicht abgefragt wurden, Sie aber gerne mitteilen möchten? \_\_\_\_\_