

Anamnesebogen Kinder

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon & E-Mail: _____

Gewicht & Größe:

bei Geburt: _____ g _____ cm aktuell: _____ g _____ cm

Kopfumfang bei Geburt: _____ cm

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?:

Die Geburt

Dauer:

- 0-3 Std. 3-6 Std. 6-12 Std. 12-18 Std. länger

Komplikationen:

- Kaiserschnitt → geplant? Notfall: _____
- Zange Saugglocke manuelle Hilfen (z.B. Druck auf Bauch, McRoberts,...)

APGAR: _____ / _____ **pH-Wert:** _____ **BE:** _____ (siehe gelbes U-Heft)
(base excess)

Kindslage:

- Schädellage Gesichtslage Beckenendlage Querlage

[Nabelschnurumwicklung? → Hals Extremitäten Rumpf ?]

Geburt termingerecht? ja nein: zu früh: _____ später: _____

Ärztliche Betreuung im KH erforderlich? nein ja, wegen _____
wie lange? _____

wird bzw. wurde das Kind gestillt? ja nein → seit _____

Konnte das Kind problemlos an beide Seiten angelegt werden? ja nein,

Komplikationen

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen? ja nein

Hatte es die sog. „Drei-Monats-Koliken“? ja nein

Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen? ja nein

Weint(e) es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? ja nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? Jetzt: ja nein Früher: ja nein

Wie lange schläft es an einem Stück? Jetzt: _____ Früher: _____

Erstes Lebensjahr

Entspricht das Schädelwachstum der Norm? ja nein: zu groß zu klein

Wann konnte Ihr Kind:

sich drehen _____ robben _____ krabbeln _____ sitzen _____

stehen _____ laufen _____ Treppen steigen _____

Gesundheit

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt in einem Organ, z.B. Herzfehler?

nein ja, _____

Hatte Ihr Kind...

einen Unfall? nein ja, _____

eine OP? nein ja, _____

Infektionskrankheiten? nein ja, _____

Kinderkrankheiten? nein ja, _____

Mittelohrentzündungen? nein ja

Blasen- bzw. Nierenerkrankungen? nein ja

Fieber(-krämpfe)? nein ja

Allergien? nein ja, _____

Leidet Ihr Kind häufig (>5x im Jahr) an Infektionen der Atemwege? nein ja

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrampfanfall? nein ja → wie oft? _____

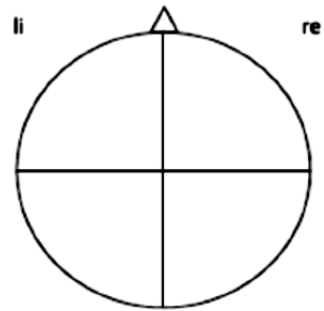
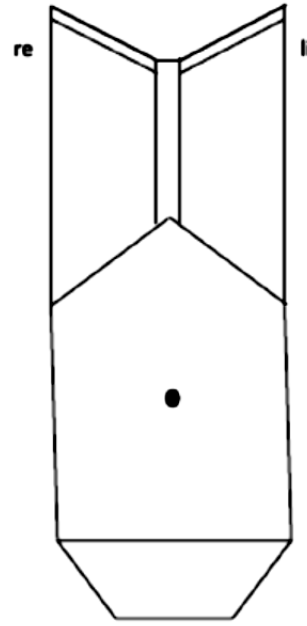
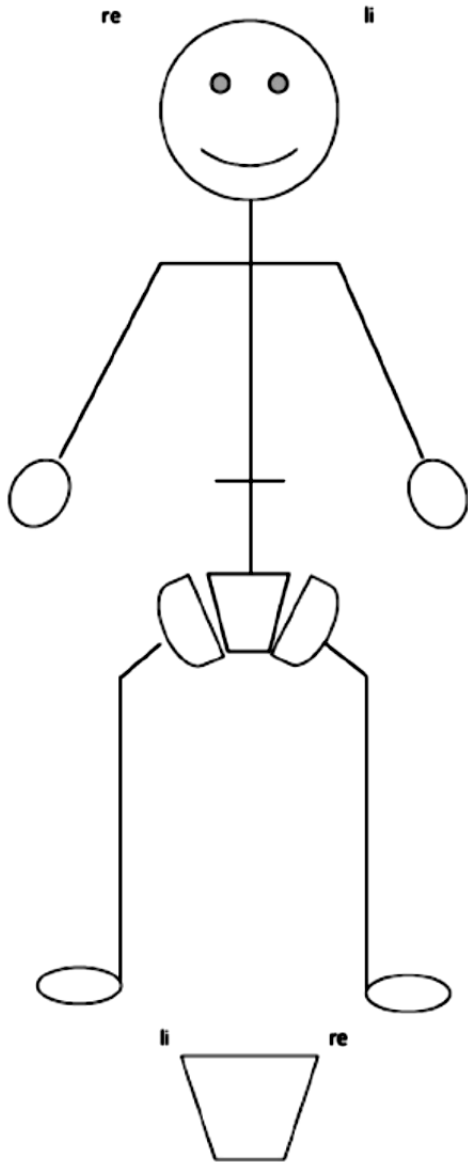
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? _____

Gab es Impfreaktionen? nein ja → welche? _____

Nimmt es regelmäßig Medikamente? nein ja → welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen, z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS? nein ja → welche? _____

Besteht eine familiäre Disposition für Allergien? nein ja



Therapieverlauf:
