

Anamnesebogen Baby

Liebe Eltern,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragenbogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann. Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, evtl. Therapieberichte etc. vorab per E-Mail zu oder bringen Sie die Unterlagen zum ersten Behandlungstermin mit!

Allgemeine Angaben (Kind):

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt:

Körpergröße: Körpergewicht:

Grund des Besuches:

.....

Bisher durchgeführte Therapien/Maßnahmen:

.....

Allgemeine Angaben (gesetzliche(r) Vertreter):

Name, Vorname:

Adresse (falls abweichend):

Telefonnummer: E-Mail:

Schwangerschaftsverlauf

Gab es Besonderheiten/Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z.B. Blutungen, Medikamenteneinnahme, externe Wendung, Muttermundöffnung, Wehenhemmer, Diabetes, Eingriffe, Stress, Unfälle, Infekte)

.....

.....

.....

War es für Sie einfach schwanger zu werden?

- Ja
- Nein:.....

Haben Sie in der Schwangerschaft die Möglichkeit auf eine gesunde Lebensführung? (Bsp. gesunde Ernährung, kein Rauchen/Alkohol, Bewegung etc.)

- Ja
- Nein:.....

Art der Schwangerschaft (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- Spontanschwangerschaft
- Mehrlingsschwangerschaft
- Kinderwunschbehandlung
- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Sonstiges (z.B. Hormone, Insemination)

Wie viele Schwangerschaften/Geburten hatten Sie? (Anzahl, Jahr)

.....
.....

Geburt

- Spontangeburt
- Geburt wurde eingeleitet

In welcher SSW?

Geburtsgewicht

Größe

Apgar:

Kopfumfang

Haben Sie gestillt? (wenn ja, wie lange)

- Nein
- Ja

Ablauf der Geburt (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- Lage des Kindes:
- Frühzeitiger Blasensprung
- Einsatz einer Saugglocke/Zange/Kristeller-Handgriff
- Nabelschnurumwicklung
- Einrisse Damm/Vaginalbereich
- PDA/Spinalanästhesie
- Kaiserschnitt

Gab es während der Geburt Komplikationen? (wenn ja, welche)

- Nein
- Ja

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? (z.B. Hämatome, medizinische Versorgung Baby)

.....

Welche Angaben treffen bei ihrem Baby zu? (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Schulterluxation | <input type="radio"/> Still-/Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="radio"/> Schiefhaltung/Asymmetrie Körper/Kopf | <input type="radio"/> Häufiges Schreien/schwieriges Ablegen |
| <input type="radio"/> Hüftdysplasie | <input type="radio"/> Schwieriges Schlafverhalten |
| <input type="radio"/> Koliken/Verdauungsstörungen | <input type="radio"/> Tränenkanalverschluss |
| <input type="radio"/> Gelbsucht | <input type="radio"/> Schielen |

Gab es motorische Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Drehung Rückenlage-Bauchlage, Robben, Krabbeln, Arme/Beine symmetrische benutzen,)

- Nein
- Ja

Wurde/wird ihr Kind gestillt? (wenn ja, wie funktioniert es? Trinken beide Brüste, Milch ausspucken, wenn nein, wie funktioniert Flaschengabe? Annahme, Verträglichkeit)

- Nein
- Ja

Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen? (wenn ja, welche?)

- Nein
- Ja

Wurde/wird Ihr Kind geimpft nach STIKO? (wenn ja, welche Impfungen und wann)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind bereits Infektionen/Krankheiten durchgemacht? (z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Erkältungen usw., wenn ja, in welchem Alter)

.....
.....
.....

Musste Ihr Baby Medikamente nehmen/gab es OPs? (z.B. Antibiotika, Fieberzäpfchen, Paracetamol, Ibuprofen, usw.)

.....
.....
.....

Gib es sonstige Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Probleme Hören/Sehen/mit Reizüberflutung, Sprachprobleme, etwas was bisher nicht gefragt wurde?)

- Nein
- Ja

Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis usw.)

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Geschwister:

Hat Ihr Kind bereits Infektionskrankheiten durchgemacht? (z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten usw., wenn ja, in welchem Alter)

.....
.....
.....

Befindet sich Ihr Kind aktuell in Therapie? (wenn ja, welche und seit wann)

- Nein
- Ja

Ergänzungen

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Zeit und ich freue mich auf die Behandlung!

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)