

Anamnese – Fragebogen Kinder - 1 -

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich ausreichend Zeit. Bei Beispielen genügt es Zutreffendes zu unterstreichen, ansonsten bitte mit eigenen Worten antworten.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Tel Eltern: _____

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Versicherung: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das gelbe U-Heft und den Impfpass (sofern vorhanden) zur ersten Behandlung mit!

Wer ist der behandelnde Kinderarzt? _____

Sind Ihnen Vorerkrankungen bei Ihrem Kind bekannt? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind bereits Operationen? (Röhrchen, Polypen, Mandeln) Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche? _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche? _____

Sind Ihnen Allergien bei Ihrem Kind bekannt? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle? Ja ? Nein ?

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen? Z.B. Asthma Ja ? Nein ?

Gibt oder gab es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, in welchen Bereichen?

Aktuelles Körpergewicht _____ kg Aktuelle Körpergröße _____ cm (Datum _____)

Gibt es bestimmte Diäten oder Ernährungsrichtlinien? _____

Mit wie viel Monaten konnte ihr Kind: krabbeln _____ / frei Gehen _____ /

2-Wort Sätze bilden _____ / war es trocken _____

Wenn Sie mir noch etwas mitteilen möchten ist hier Platz dafür:

Anamnese – Fragebogen Kinder - 2 -

Schwangerschaft und Geburt (Diese Angaben finden sie im Mutterpass und im U-Heft)

Geburtsmodus: _____

Gesamtdauer der Geburt: _____ h

Gab es Komplikationen bei der Entbindung? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche? z.B. Zangengeburt - Kaiserschnitt (primär / sekundär) - Saugglocke - medikamentöse Einleitung - PDA - Schmerzmedikamente - Kristeller (Druck auf den Bauch von Hebamme oder Arzt) - Wehenbeschleuniger?, Wehenhemmer?,

Geburtslage: _____

Schwangerschaftswoche: _____ SSW

Geburtsgewicht: _____ g

Größe: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

PH-Wert der Nabelarterie _____

APGAR _____ / _____ / _____

Wievielte Schwangerschaft? _____ Gab es bereits Fehlgeburten? (wieviel) _____

Geschwister (Name & Alter) _____

Wie lange voll gestillt? _____ Insgesamt gestillt? _____

Gabe es Hilfe bei der Zeugung? Keine - Insemination - Hormongaben - IVF - ICSI

Gab es **Besonderheiten** während der Schwangerschaft?

(z.B. Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Blutungen, Unfälle, Infekte (Mutter / Kind), sonstiges _____)

Hat die Mutter Nahrungsergänzungsmitteln oder **Medikamente** während der Schwangerschaft eingenommen?

Wie hat die Mutter die Schwangerschaft erlebt?

Gab es **Beschwerden**? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, welche?

Ödeme, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Übelkeit, Erbrechen, sonstiges _____

Gab es **Stress**, emotionale Krisen, belastende Todesfälle, Unfälle während der Schwangerschaft?

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht oder Alkohol getrunken? Ja ? Nein ?

- Wenn ja, wieviel? _____

Möchten Sie noch etwas loswerden? Dann ist hier Platz dafür:

Anamnese – Fragebogen Kinder - 3 -

Sind Ihnen **Erkrankungen** bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie,

sonstiges: _____

Welche **Infektionskrankheiten** hat ihr Kind durchgemacht?

- Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber,

sonstiges: _____

Gab es **Infekte**? (z.B. Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung)

- Wenn ja, wie häufig? _____ pro Jahr

Gab es Reaktionen auf **Impfungen**? Ja ? □ Nein ? □

- Wenn ja, welche? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen,

sonstiges: _____

Wie ist der Schlaf-Wachrhythmus Ihres Kindes? (ca. von – bis)

Bitte beschreiben Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes!

z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Welche **Einschlafhilfen** gibt es?

z.B. Tragen, Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen, Körperkontakt,

sonstiges: _____

Was isst / trinkt Ihr Kind?

Wie ist der Essrhythmus bei Ihrem Kind?

Welche Behandlungen oder Therapien wurden bisher durchgeführt? Mit welchem Erfolg?

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bin mit der osteopathischen Behandlung meines Kindes einverstanden.

Wiemersdorf, den _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte/n)