

## Anamnesebogen Baby / Kleinkind

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragebogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann.

Bringen Sie diesen zum **ersten Behandlungstermin ausgefüllt mit!**

### 1 Angaben zum Kind:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg      aktuelle Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### 2 Schwangerschaftsverlauf

- War es für Sie einfach schwanger zu werden?  Ja  Nein
- Besonderheiten der Schwangerschaft:  Ja  Nein  
Übelkeit / Erbrechen  
Vorzeitige Wehen  
Operationen  
Hoher Blutdruck / Diabetes
- Haben Sie in der Schwangerschaft auf eine gesunde  Ja  Nein  
Lebensführung geachtet? (Ernährung, kein Alkohol/Nikotin,...)
- Haben Sie Medikamente nehmen müssen? Wenn ja, welche?  Ja  Nein
- Gab es organische Probleme in der Schwangerschaft?  Ja  Nein
- Ab wann spürten sie regelm. Kindsbewegungen? \_\_\_\_\_
- Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen etwas Besonderes?  Ja  Nein
- Wurde eine externe Wendung durchgeführt?  Ja  Nein
- War der Eintritt ins Becken zeitgerecht?  Ja  Nein

### 3 Geburt / Entbindung

- In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_
- War es eine normale Geburt?  Ja  Nein
- War es eine Kaiserschnittgeburt? Geplant/ungeplant/Notfall?  Ja  Nein
- Gab es frühzeitigen Blasensprung?  Ja  Nein
- Wurde die Geburt eingeleitet?  Ja  Nein
- Wurden Medikamente eingesetzt?  
(PDA, Schmerzmittel, Wehenmittel)  Ja  Nein
- Wurde während der Entbindung Druck auf den Bauch ausgeübt?  Ja  Nein
- Kam eine Saugglocke oder eine Zange zur Anwendung?  Ja  Nein
- Gab es Auffälligkeiten zum Fruchtwasser?  Ja  Nein
- Gab es eine Nabelschnurumwicklung?  Ja  Nein
- Gab es Schnitte oder Risse im Damm- und vaginalbereich?  Ja  Nein

### 4. nach der Geburt

- Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien?  Ja  Nein
- Musste Ihr Kind medizinisch versorgt werden?  Ja  Nein
- Hatte Ihr Kind Schwellung/Blutergüsse?  Ja  Nein
- Gab es sonstige Schwierigkeiten?  
Schiefhaltung des Körpers  
Schulterluxation  
Hüftdysplasie  
Gelbsucht, Störung in der Wärmeregulation oder Blutzuckerregulation  Ja  Nein
- Wann wurde Ihr Kind das erste Mal gestillt?  Ja  Nein
- Bitte übertragen Sie die Werte aus der U1/U3

Größe:

Kopfumfang:

Gewicht:

## 5. erstes Lebensjahr

- Gab es Asymmetrien nach der Geburt?  
Wenn ja, wie lange und an welchem Körperteil haben diese bestanden?  
\_\_\_\_\_
- Hat/ Hatte Ihr Kind eine bevorzugte Haltung des Kopfes/ Rumpfes beim Stillen und Schlafen?  
\_\_\_\_\_
- Wie ist das Schlafverhalten?  
Gibt es bestimmte Rituale um einschlafen zu können? Schläft es selbstständig ein?  
\_\_\_\_\_
- - Schielt Ihr Kind (andauernd/ zeitweilig)?  Ja  Nein
- Gab es Auffälligkeiten mit der Verdauung Ihres Kindes?  
(z.B. Blähungen, Koliken)  Ja  Nein
- Saugt und schluckt Ihr Kind normal?  
(Kommen oft Schmatzgeräusche oder Verschlucken vor)  Ja  Nein
- Wie wird/ wurde Ihr Kind ernährt? Flasche oder gestillt?  
\_\_\_\_\_
- Speit Ihr Kind? Wenn ja, wann und wie?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
- Wann haben Sie mit der Gabe der Beikost begonnen? \_\_\_\_\_  
Hat die Umstellung gut geklappt?  Ja  Nein
- Wann kamen die ersten Zähne? Mit Problemen?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
- Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt? Sind anschließend Komplikationen aufgetreten?

## 6. motorische Entwicklung

**Konnten Sie zu den folgenden Fragen Auffälligkeiten beobachten, z.B. in der Bewegungsausführung, hat es eine Lieblingsseite?**

- Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Rückenlage in die Bauchlage gedreht?
- Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Bauchlage in die Rückenlage gedreht?
- Ab wann hat Ihr Kind die Bauchlage zum Spielen benutzt?

- Ab wann hat Ihr Kind den Unterarm- und Handstütz benutzt? Hat es dabei beidseitig gestützt?
- Welche Seite wurde zuerst beim Drehen in Bauchlage mit und gegen den Uhrzeigersinn benutzt?
- Ist Ihr Kind gerobbt? Ab welchen Lebensmonat?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ab welchen Lebensmonat?  Ja  Nein
- Benutzt es beide Arme und Beine dabei gleichmäßig und harmonisch?  Ja  Nein
- Wie verlief das Gehen lernen (seitliches Laufen, Laufen vorwärts an den Händen, freies Laufen ohne Hilfe)? Ab welchen Lebensmonat ging es?
- Kann Ihr Kind den Ball fangen und werfen? Ab welchen Lebensmonat?  Ja  Nein
- Gibt es Auffälligkeiten beim Rennen?  Ja  Nein
- Klappt das Laufrad-/ Fahrradfahren?  Ja  Nein
- Kann es Knöpfe gut öffnen und wieder schließen?  Ja  Nein
- Wenn Ihr Kind ein Bild ausmalt, malt es das Bild gut innerhalb der Linien aus?
- Benutzt es Besteck zu den Mahlzeiten?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind schon und gut schwimmen  Ja  Nein

## 7. Sprachentwicklung

- Wann hat Ihr Kind das erste Wort gesprochen? \_\_\_\_\_
  
- Wie ist die Satzbildung Ihres Kindes? Verwendet es zwei, drei oder mehr Wörter beim Reden?  
\_\_\_\_\_
  
- Spricht Ihr Kind grammatikalisch richtig?  Ja  Nein
  
- Lispelt oder nuschelt Ihr Kind beim Reden?  Ja  Nein
  
- Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein
  
- - Wurden bereits Kieferbeschwerden beobachtet/ diagnostiziert?  Ja  Nein  
Werden diese behandelt?

## 8. Wahrnehmungsentwicklung

- Hat Ihr Kind Freude an Bewegung?  Ja  Nein  
Sind die Bewegungen eher tapsig oder unförmig? Sind die Bewegungen der Situation angepasst, wie z.B. zu langsam oder zu schnell?  
\_\_\_\_\_
  
- Wenn Sie Ihr Kind rufen, schaut es dann zu Ihnen?  Ja  Nein  
Kann es Sie gut hören?
  
- Wie reagiert Ihr Kind in bestimmten Situationen  Ja  Nein  
überschießend oder unangepasst? Haben Sie feststellen können, was die Ursachen auf eine Reizüberflutung sein können, wie z.B. Licht, Lautstärke, Wasser, aufbrausende Reaktionen oder Ekel auf Gerüche?
  
- Sitzt Ihr Kind krumm?  Ja  Nein
- Hüpf, rutscht, klettert, springt Ihr Kind gern?  Ja  Nein
- Stand/ lief Ihr Kind auf Zehenspitzen? Wenn ja, bis wann?  Ja  Nein
  
- Wie lange kann sich Ihr Kind selber beschäftigen?  Ja  Nein  
Wie lange sitzt es still?
  
- Bestehen Gleichgewichtsprobleme?  Ja  Nein
- Traut es sich nichts zu?  Ja  Nein
- Fällt es oft hin?  Ja  Nein
- Besteht Höhenangst oder Reiseübelkeit  Ja  Nein

## 9. Sozialverhalten

Beschreiben Sie kurz den Charakter Ihres Kindes? Ist es beispielsweise immer in Aktion, entspannt, redet es viel?

Wie ist der Umgang mit den anderen Kindern? (ist es sehr schüchtern oder eher übergriffig? Wie ist die Frustrationstoleranz? Ist ihr Kind schnell wütend?)

Ab wann wurde Ihr Kind trocken? In dem Fall es kam zur Verzögerung, kennen Sie die Hintergründe?

Ab wann hat sich Ihr Kind allein:

- Zähne (mit)geputzt:
- an-und ausgezogen:
- Schuhe angezogen:

Kann Ihr Kind Reihenfolgen von Aufgabenstellungen einhalten  Ja  Nein

## 10. Krankengeschichte

- Hatte Ihr Kind bisher:  Ja  Nein
  - Kopfverletzungen
  - Knochenbrüche
  - Fuß- oder Knieluxationen
  - Stürze auf Becken/ Steißbein
  - Sportunfälle
  - Auto-/ Fahrradunfall
  - Operationen
  
- Benötigt Ihr Kind Medikamente?  Ja  Nein
  
- Klagt Ihr Kind über regelmäßig auftretende Schmerzen? (Kopf, Glieder, Bauchschmerzen,...)  Ja  Nein
  
- Bestehen Probleme beim Stuhlgang?  Ja  Nein
  
- Gibt es Unverträglichkeiten?  Ja  Nein
  
- Trägt Ihr Kind orthopädische Schuheinlagen?  Ja  Nein
  
- Trägt Ihr Kind eine Brille?  Ja  Nein

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**