

## Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

### Angaben zum Kind:

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

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

### Entwicklung des Kindes:

#### Informationen zur Schwangerschaft:

Dauer: \_\_\_\_\_

Verlauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

Ja       Nein

Wenn ja: welche? Bitte kurz beschreiben:

#### Informationen zur Geburt:

spontane Geburt

Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange

Dauer Geburt: \_\_\_\_\_

#### Traten während der Geburt Komplikationen auf?

Ja       Nein

Wenn ja: welche? Bitte kurz beschreiben:

#### Besonderheiten nach der Geburt: (z.B. Hämatome)

**Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu?  
Bitte ankreuzen:**

- Asymmetrie des Kopfes
- Schiefhaltung des Kopfes
- Tränenkanalverschluss
- Schielen
- Augensenkung
- Gelbsucht
- Schiefhaltung des Körpers
- Schulterluxation
- Trink-/Schluckbeschwerden
- Koliken
- Hüftdysplasie

Sonstiges: Bitte kurz beschreiben:

**Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja: welche?**

**Ist Ihr Kind gekrabbelt?**

Ja  Nein

Wenn ja: ab welchem Monat?

**Angaben zur Krankengeschichte**

- Kopfverletzungen
- Knochenbrüche
- Fuß- oder Knieluxationen
- Stürze auf Becken/ Steißbein
- Sportunfälle
- Auto-/ Fahrradunfall

Sonstiges: Bitte kurz beschreiben:

**Wurde Ihr Kind operiert?**

Ja  Nein

Wenn ja: warum? Bitte kurz beschreiben:

**Befand/ befindet sich Ihr Kind in zahnärztlicher / kieferorthopädischer Behandlung?**

Ja  Nein

Wenn ja: warum? Bitte kurz beschreiben:

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**

Ja  Nein

Wenn ja: seit wann und warum? Bitte kurz beschreiben

**Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?**

Ja  Nein

Wenn ja: Bitte kurz beschreiben:

**Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?**

Ja  Nein

Wenn ja: in welchen Zeitabständen und wie fühlt sich der Schmerz an (z.B. Druckschmerz, stechender Schmerz) Bitte kurz beschreiben:

**Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?**

Ja  Nein

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone ...?

**Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

Ja  Nein

Wenn ja: welche?

**Befindet sich ihr Kind zurzeit in Therapie? (z.B. Ergotherapie, Logopädie...)**

Ja  Nein

Wenn ja: In welcher Therapie, seit wann und warum? Bitte kurz beschreiben:

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**