

Anamnesebogen Kind

Vornamen, Name: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon / Mobilnummer: _____ email: _____

Ich bin mit dem Versand der Rechnung per email (als pdf) einverstanden nein ja

Ich bin mit Kontakt (z.B. Terminerinnerungen) per email/sms einverstanden nein ja

Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: _____

Kinderarzt: _____

Beruf der Eltern: _____

bei Minderjährigen bitte Vorname / Name **aller** Sorgeberechtigten des Versicherten angeben:

Geschlecht: weiblich männlich divers Größe: _____ Gewicht: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch _____ Telefonbuch Internet

Was führt Sie mit Ihrem Kind zu uns?

Mein Kind hat keine Beschwerden, ist aus prophylaktischen Gründen hier

die Beschwerden bestehen seit: _____

Wem aufgefallen (Eltern, Hebamme, Kinderarzt, Krankengymnast,...) _____

Wie äußern sich die Beschwerden:

Vermuten Sie einen Auslöser für die Beschwerden? _____

Stress Sturz Autounfall nicht bekannt andere Ursachen _____

Waren Sie mit Ihrem Kind schon in Behandlung? nein ja

Kinderarzt Chiropraktiker Orthopäde Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

Ergotherapeut Logopäde Sehschule Motopäde Frühförderung

aktuelle Befunde (Röntgen, Labor, MRT, CT,...) wann/bei wem?

Anamnesebogen Kind

Asymmetrie / Fehlhaltung:

Wann aufgefallen?

Was aufgefallen? (schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, Blick nur zu einer Seite, Gesichtsymmetrie, Abflachung Hinterkopf, haarlose Stelle am Kopf,..?)

Das Kind....

ist/war verspannt/überstreckt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
hat/hatte schiefe Kopfhaltung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Richtung: _____
liegt/lag im Bogen wie ein „C“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Richtung: _____
hat/hatte Hüftreifungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
hat/hatte Fußfehlstellung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
schaut/-e nur nach rechts/links	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
bewegt/-e einen Arm weniger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welchen? _____
bewegt/-e ein Bein weniger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches? _____
hat/hatte einseitig flachen Kopf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seite? _____
hat/hatte oft offenen Mund			
krabbeln mitMonaten			_____
sitzen mitMonaten			_____
stehen mitMonaten			_____

Gesundheitsprobleme:

Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____
Anomalien/Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
gehäuft HNO-Infekte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Neurodermitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft? _____
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
Brille	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
Zahnsperre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
Einlagen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____

Anamnesebogen Kind

Entwicklungsauffälligkeiten:

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wie oft wach? _____ |
| Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Bestimmte Schlafposition | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche? _____ |
| Stillschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wie?_ _____ |
| Besonderheiten beim Essen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche? _____ |
| Gehäuftes Spucken/Sabbern | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Schreikind | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| „Drei-Monats-Koliken“ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wann? _____ |
| Berührungsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wo: _____ |
| häufiges Kopf-Abstützen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Auffälligkeiten bei.....:

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Haltung und Bewegung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sprache und Verständnis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Konzentration | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| soziale Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Schwangerschaft und Geburt:

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Anzahl der Schwangerschaften | _____ | | |
| Dauer der Schwangerschaft | _____ | | |
| Probleme bei der Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Dauer der Geburt | _____ | | |
| Periduralanästhesie/PDA | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Hilfsmittel (Zange/Saugglocke) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Druck auf den Bauch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Geburtsverletzungen beim Kind | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Geburtsgewicht /Größe | _____g | _____cm | |
| Fehllage / Querlage /Beckenlage | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Mehrling | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Anamnesebogen Kind

Familienanamnese:

Wirbelsäulenprobleme nein ja wer? _____

Hüftprobleme nein ja wer? _____

Knieprobleme nein ja wer? _____

Probleme bei Geschwistern nein ja welche? _____

Operationen / Unfälle:

Wann? _____

Was? _____

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente: nein ja

welche / welche Dosierung?

Medikamente: _____

Nahrungsergänzungsmittel (Vit D,...): _____

Treibt Ihr Kind Sport? nein ja Wie oft? _____

Welchen? _____

Sonstiges:

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift PatientIn, bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

Die aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.