

Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat): Handy:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Entwicklung des Kindes:

Informationen zur Geburt:

- spontane Geburt ☐
- Kaiserschnitt ☐
- Einsatz einer Saugglocke ☐
- Einsatz einer Geburtszange ☐

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Schulterluxation | ☐ Trink-/Schluckstörungen |
| ☐ Schiefhaltung des Körpers | ☐ Tränenkanalverschluss |
| ☐ Schiefhaltung des Kopfes | ☐ Ohrenentzündungen |
| ☐ Hüftdysplasie | ☐ Gelbsucht |
| ☐ Asymmetrie des Kopfes | ☐ Schielen |
| ☐ Koliken | ☐ Augensenkung |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

- | | |
|--|---|
| ☐ Kopfverletzungen | ☐ Stürze auf Becken/ Steißbein |
| ☐ Knochenbrüche | ☐ Sportunfälle |
| ☐ Fuß- oder Knieluxationen | ☐ Auto-/ Fahrradunfall |
| ☐ Sonstiges - bitte kurz beschreiben: | |
-

Weitere Erkrankungen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Herz-/Kreislaufbeschwerden | ☐ Blasen/Niere |
| ☐ Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | ☐ Menstruationsbeschwerden (Mädchen) |
| ☐ Verdauungsorgane | ☐ Urogenitalorgane (Jungen) |
| ☐ Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen | ☐ Sonstiges – bitte kurz beschreiben |
-

Wurde Ihr Kind operiert?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie
-

Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)
-

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?
-

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.Bsp. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)
-

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja
-

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

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, wenn ja- welche?
-

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?

☐ Nein

☐ Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!