



## Anamnesefragebogen Kinder / Jugendliche

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Einige der gewünschten Informationen stehen im gelben Untersuchungsheft Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch einige Fragen nicht beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

### Allgemeine Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes/Hausarztes/Therapeuten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kinderarztes/ Hausarztes/Therapeuten: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

aktuelle Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

---

### Informationen zur Schwangerschaft:

Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter der Mutter bei Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre

**Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI):**

**Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.):**

**Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?**

- Nein
- Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

---

**Informationen zur Geburt:**

- Spontane Geburt
- Eingleitet  Mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen etc.)

---

Dauer der Geburt ab  
Muttermundöffnung:  
Anzahl der Presswehen:  
Lage des Kindes: (Schädellage/ Beckenendlage/Sternengucker etc.)

---

- Einsatz einer Saugglocke
  - Einsatz einer Zange
  - Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff)?
  - PDA /Spinalanästhesie
  - Kaiserschnitt  Geplant/sekundär wegen Geburtsstillstand ?
- 

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

---

**Nach der Geburt:**

**Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome**

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

Länge: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PH-Wert Nabelschnur: \_\_\_\_\_

- Das Kind hat sofort geschrien
- Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt

Dauer des  
Krankenhausaufenthaltes \_\_\_\_\_Tage  
Das Kind hat eine Lichttherapie  
bekommen \_\_\_\_\_Tage(Ikterus/Gelbsucht)  
Wärmebettchen/Brutkasten/  
Intensivstation Warum:  
\_\_\_\_\_

Wurde das Kind beatmet?  \_\_\_\_\_Tage

Medikamente  Welche?

---

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation          | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss   |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes  | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen       |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht               |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes     | <input type="checkbox"/> Schielen                |
| <input type="checkbox"/> Koliken                   | <input type="checkbox"/> Augensenkung            |

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

**Ist Ihr Kind gekrabbelt?**

- Nein  
 Ja – ab welchem Monat?
- 

**Angaben zur Krankengeschichte:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen                    | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche                       | <input type="checkbox"/> Sportunfälle                 |
| <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen            | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall         |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben: |   |

**Weitere Erkrankungen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere                       |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen) |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane                            | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen)          |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen               | <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben |
| <input type="checkbox"/> Allergien                                   |   |
- 

**Wurde Ihr Kind operiert?**

- Nein  
 Ja - warum, was, wann und wie

---

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

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

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**

- Nein  
 Ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

**Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?**

- Nein  
 Ja – bitte kurz beschreiben

**Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?**

- Nein  
 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, - welche?

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

- Nein  
 Ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_