

Praxis für Osteopathie und Kinderosteopathie Michel-Kniffka

Sudetenstrasse 5, 37235 Hessisch Lichtenau

Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsdatum:
Name: Vorname:
Anschrift:

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:

aktuelle Körpergröße: cm
aktuelles Körpergewicht: kg

Entwicklung des Kindes:

Verlauf der Schwangerschaft:

Gab es emotionalen Stress? Nein Ja
Stürze oder Unfälle? Nein Ja
Übelkeit? Nein Ja
Komplikationen Nein Ja - kurze Beschreibung:

Informationen zur Geburt:

Spontangeburt
Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke
Einsatz einer Geburtszange
Geboren in SSW: in der Woche
Wurde die Geburt eingeleitet? Nein Ja - welche Art (Wehenmittel etc.)?

Medikamente während des Geburtsvorgangs? Nein Ja - welche Art (PDA etc.)?

Körperhaltung während des Geburtsvorgangs:
Hockend Liegend Andere Haltung:

Dauer der Geburt: ca. Stunden

Traten während der Geburt Komplikationen auf?
Nein Ja - welche? Kurze Beschreibung

Nach der Geburt:

Das Kind hat nach der Geburt geschrien? Nein Ja
Das Kind hat spontan die Brust gesucht? Nein Ja
Fand Hautkontakt statt? Nein Ja
Trennung von Mutter und Kind? Nein Ja , weil

Verformung des Kopfes? Nein Ja

Die ersten Monate:

Das Kind wurde gestillt? Nein Ja - Monate
Gab es Probleme beim Stillen? Nein Ja - Beschreibung:

Gab es beim Kind eine Lieblingsseite beim Stillen? Nein Ja - welche?

Flaschennahrung
Zugefüttert Nein ab dem Monat
Dreimonatskoliken Nein Ja
Verdauungsprobleme Nein Ja - Beschreibung:

Spuckkind	Nein <input type="checkbox"/>	
Schreikind	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung:

Altersgerechte Entwicklung:

Hebt den Kopf in Bauchlage	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Dreht sich von Bauch – in Rückenlage und zurück	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Hält den Kopf selbst, wenn es zum Sitzen hochgezogen wird?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Sitzt ohne Unterstützung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Robbt und krabbelt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Zieht sich an Möbeln hoch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt

Bitte um Vorlage des Vorsorgehefts.

Sonstige Angaben:

Gab es Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter:
----------------------	-------------------------------	--

Benötigt das Kind Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - welche?
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Gab es Stürze oder Unfälle?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter?
-----------------------------	-------------------------------	--

Wurde das Kind operiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter?
--------------------------	-------------------------------	--

Wurde das Kind geimpft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gab es Impfreaktionen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - welche?

Sonstige Auffälligkeiten (z.B. leicht schreckhaft, oft abwesend etc.) – kurze Beschreibung:

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!