Anamnesebogen Kind

Vornamen, Name:_____ geb. am:_____

Straße:_____PLZ/Wohnort:_____

Telefon / Mobilnummer:_____ email:_____

Ich bin mit dem Versand der Rechnung per email (per Downloadlink) 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

<u>Was führt Sie mit Ihrem Kind zu uns?</u>

□ Mein Kind hat keine Beschwerden, ist aus prophylaktischen Gründen hier

□ die Beschwerden bestehen seit: _____

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

<u>Wie äußern sich die Beschwerden:</u>

_____

_____

_____

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, Gesichtsasymmetrie, Abflachung Hinterkopf, haarlose Stelle am Kopf,..?)

_____

Das Kind....

ist/war verspannt/überstreckt	□ nein	□ ja	
hat/hatte schiefe Kopfhaltung	□ nein	□ ja	Richtung:_____
liegt/lag im Bogen wie ein „C“	□ nein	□ ja	Richtung:_____
hat/hatte Hüftreifungsstörungen	□ nein	□ ja	welche?_____
hat/hatte Fußfehlstellung	□ nein	□ ja	welche?_____
schaut/-e nur nach rechts/links	□ nein	□ ja	_____
bewegt/-e einen Arm weniger	□ nein	□ ja	welchen?_____
bewegt/-e ein Bein weniger	□ nein	□ ja	welches?_____
hat/hatte einseitig flachen Kopf	□ nein	□ ja	Seite?_____
hat/hatte oft offenen Mund			
krabbeln mit …..Monaten	_____		
sitzen mit …..Monaten	_____		
stehen mit …..Monaten	_____		

Gesundheitsprobleme:

Allergien	□ nein	□ ja	gegen:_____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	□ nein	□ ja	gegen:_____
Anomalien/Fehlbildungen	□ nein	□ ja	_____
gehäuft HNO-Infekte	□ nein	□ ja	_____
Neurodermitis	□ nein	□ ja	seit:_____
Kopfschmerzen	□ nein	□ ja	wie oft?_____
Asthma	□ nein	□ ja	_____
Neurologische Erkrankungen	□ nein	□ ja	welche?_____
Brille	□ nein	□ ja	seit:_____
Zahnspange	□ nein	□ ja	seit:_____
Einlagen	□ nein	□ ja	seit:_____

Anamnesebogen Kind

Entwicklungsauffälligkeiten:

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

Auffälligkeiten bei.....:

Haltung und Bewegung	□ nein	□ ja	_____
Sprache und Verständnis	□ nein	□ ja	_____
Konzentration	□ nein	□ ja	_____
soziale Fähigkeiten	□ nein	□ ja	_____

Schwangerschaft und Geburt:

Anzahl der Schwangerschaften	_____		
Dauer der Schwangerschaft	_____		
Probleme bei der Schwangerschaft	□ nein	□ ja	_____
Dauer der Geburt	_____		
Peridualanästhesie/PDA	□ nein	□ ja	
Hilfsmittel (Zange/Saugglocke)	□ nein	□ ja	_____
Druck auf den Bauch	□ nein	□ ja	
Kaiserschnitt	□ nein	□ ja	
Geburtsverletzungen beim Kind	□nein	□ ja	_____
Geburtsgewicht /Größe	_____g	_____cm	
Fehllage / Querlage /Beckenlage	□ nein	□ ja	_____
Mehrling	□ nein	□ 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.

V1/25