

Anamnesebogen Babys / Kids / Teens

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Name des Kindes: | weiblich__ männlich__ divers__ |
| Namen der Eltern: | Geburtsdatum: |
| Gewicht: | Geburtsgewicht: |
| Kinderarzt: | APGAR: |

| | |
|--|--------------------|
| Aktuelle Beschwerden / Grund für Ihr Kommen: | |
| | |
| | |
| Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft: | |
| | |
| Wie wurde Ihr Kind geboren? | |
| Anzahl der Geburten: | Anzahl der Kinder: |
| Gegebenenfalls Anmerkungen zur Geburt: (z. B. Komplikationen, unterstützende Maßnahmen, etc.) | |
| | |
| | |
| Gibt es bekannte Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte? | |
| | |
| | |
| Welche Medikamente bekommt oder bekam Ihr Kind? | |
| | |
| | |
| Welche weiteren Therapien bekommt Ihr Kind? (z. B. Physiotherapie, Logopädie...) | |
| | |
| | |
| Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen? (6-Fach-Impfung, 5-Fach-Impfung, Corona...) | |
| | |
| | |
| Bestehen Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung ihres Kindes? | |
| | |
| | |
| Bestehen Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung ihres Kindes? | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|----------------|
| Womit wird ihr Säugling ernährt? | |
| Wovon trinkt ihr Kind wie viel? | Trinkabstände: |
| Bei Kleinkindern / Jugendlichen: Besondere Ernährung / Ernährungsgewohnheiten: | |
| | |
| Hat ihr Kind Schmerzen? | Wo? |
| Wie oft? täglich__wöchentlich__gelegentlich__selten__dauerhaft__ | |
| Wann? In Ruhe__amTag__nachts__morgens__im Liegen__im Sitzen__nach dem Essen__unter Belastung__beim Aufstehen__in Bewegung | |
| Wie sind die Schmerzen? ziehend__stechend__krampfend__ bohrend__klopfend__reißend__dumpf__brennend__drückend__kolikartig__beengend__ | |
| Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert? Bewegung__Ruhe__Wärme__Kälte__ | |
| Zusätzliche Symptome zum Schmerz? Hautrötung__Schwellung__Taubheitsgefühl__Kribbeln__ Seh- oder Hörstörungen__Koordinationsstörungen__Bewegungseinschränkung__Berührungsempfindlichkeit „Ameisenlaufen“__Schweißbildung__Gangunsicherheit__Muskelschwäche__Schwindel__ | |
| | |
| Mädchen: Periode nein__ja__seit: | |
| Gibt es Menstruationsbeschwerden, Schmerzen, unregelmäßigen Blutungen? | |
| | |
| Einnahme der Pille? ja__nein__ | |
| | |
| Welche Familienkrankheiten sind bekannt? | |
| z.B. Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Diabetes (Zuckerkrankheit), Krebsleiden, Schlaganfall, Epilepsie, Psychische Erkrankungen, MS (Multiple Sklerose), Tuberkulose, Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Allergien, Rheumatische Erkrankungen: | |
| | |
| | |
| Sonstige Angaben, die wichtig erscheinen: | |
| | |
| | |
| | |
| | |