## Anamnesefragebogen

**Angaben zum Kind:**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

*Bei Neugeborenen und Babys*

Körperlänge: _____

Gewicht: _____

Kopfumfang: _____

**Angaben zum Vater:**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Angaben zur Mutter:**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Angaben zur Krankenversicherung:**

Wo versichert: _____

Hauptversicherter: _____

Vers.Nr.: _____

**Angaben zum Kinderarzt:**

Name: _____

Anschrift: _____

**Impfungen (Bitte bringen Sie den Impfausweis zum ersten Besuch mit)**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

**<u>Fragen zur Schwangerschaft</u>**

Gab es Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

(Bitte denken Sie daran, das gelbe Vorsorgeheft zum ersten Besuch mitzubringen)

War die Schwangerschaft geplant?

☐ Ja

☐ Nein, positiv aufgenommen

☐ Nein, Konflikt: _____

Vorherige Schwangerschaften: _____

Fehlgeburt(en): _____

Abtreibung(en): _____

Genussmittel während der Schwangerschaft

Tabak

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Alkohol

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? _____

Medikamente

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Andere psychotrope Substanzen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

**Entbindung**

☐ In der Klinik

☐ Geburtshaus

☐ Hausgeburt

Dauer der Geburt _____

Dauer der Presswehen _____

Gab es Komplikationen während oder nach der Entbindung?

☐ Zu früh ☐ Zum Termin

☐ Übertragen ☐ Spontan

☐ Eingeleitet

Entbindung an sich

☐ Normale Entbindung ☐ Zange

☐ Saugglocke ☐ Kristellern

☐ Kaiserschnitt, geplant ☐ Kaiserschnitt, ungeplant

Lageprobleme (z.B. Beckenendlage, Gesichtslage):

_____

Gab es Nabelschnurauffälligkeiten? Wenn ja, welche?

_____

Wehen-Mittel oder PDA?

_____

Wie ging es der Mutter während und nach der Geburt?

Wie ging es dem Kind während und nach der Geburt?

Wurde Ihr Kind wegen irgendwelcher Probleme in anderen Einrichtungen/Praxen untersucht oder behandelt?

Wenn ja, Name der Einrichtung:

Behandlungszeitraum:

Anlass der Behandlung:

Wird oder wurde Ihr Kind medikamentös behandelt? Wenn ja, wann und mit welchen Medikamenten (auch homöopathisch)?

Wird oder wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

Gab es Probleme oder traten sonstige Auffälligkeiten bei der Umstellung auf feste Nahrung?

Leidet Ihr Kind unter Verdauungsproblemen, wie z.B.: Blähungen, Verstopfung, etc?

**Hören und Sehen**

Wie wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes überprüft?

_____

Trägt Ihr Kind eine Brille?

_____

Wenn ja, ist Ihr Kind kurzsichtig, weitsichtig oder beides?

_____

Bitte geben Sie ggf. die Dioptrienzahl an.

_____

Wurde bei Ihrem Kind eine Schielbehandlung durchgeführt?

_____

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes überprüft?

_____

Wenn ja, mit welchem Befund?

_____

Litt Ihr Kind in der Vergangenheit und einem Paukenerguss?

_____

Litt Ihr Kind in der Vergangenheit unter Mittelohrentzündungen? Wenn ja, wie häufig?

_____

Gab es in der Vergangenheit Operationen im HNO-Bereich? Wenn ja, welche und wann?

_____

## Schlaf

Wann geht Ihr Kind abends ins Bett?

_____

Wie lange braucht Ihr Kind zum Einschlafen?

_____

Schläft Ihr Kind problemlos ein?

_____

Wacht Ihr Kind nachts auf? Wenn ja, wie oft und warum?

_____

Litt oder leidet Ihr Kind unter Alpträumen?

_____

Gibt es weitere Besonderheiten beim Schlafverhalten?

_____

Wo schläft Ihr Kind? Im eigenen Bett, im eigenen Zimmer, bei den Eltern, bei den Geschwistern, etc.?

_____

## Sauberkeit

Nässt Ihr Kind tagsüber oder nachts ein?

_____

Kotet Ihr Kind tagsüber oder nachts ein?

_____

War Ihr Kind schon mal sauber?

_____

Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

---

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung und Durchfall?

---

**Motorische Entwicklung**

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

---

Wann konnte Ihr Kind ohne Unterstützung stehen?

---

Wann konnte Ihr Kind ohne Unterstützung laufen?

---

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten beim Laufen, wie z.B.: Zehenspitzengang etc.?

---

Ist Ihr Kind bewegungsfreudig oder vermeidet Ihr Kind Bewegung?

---

Zeigt Ihr Kind eine Bevorzugung für eine Hand?

---

Hat Ihr Kind besondere Schwierigkeiten beim Malen, Basteln oder dem Umgang mit Alltagsgegenständen?

---

Kann Ihr Kind sich selbstständig anziehen?

---

**Sprachentwicklung**

Wann sprach Ihr Kind die ersten Sätze?

_____

Wie schätzen Sie das Sprachverständnis Ihres Kindes ein?

_____

Werden in Ihrer Familie noch andere Sprachen außer deutsch gesprochen?

_____

**Treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Besonderheiten auf Ihr Kind zu?**

- ☐ Mein Kind nimmt bei Ansprache keinen Blickkontakt auf.
- ☐ Mein Kind schaut mir beim Sprechen nicht oder nur wenig in die Augen.
- ☐ Mein Kind reagiert nicht, wenn man es mit seinen Namen ruft.
- ☐ Mein Kind benutzt eine Eigensprache.

Vielen Dank!