



ANAMNESEFRAGEBOGEN FÜR KINDER / JUGENDLICHE BIS 12 JAHRE

DAMIT IHR KIND EINE OPTIMALE BEHANDLUNG BEKOMMT UND MIT DER ANAMNESE NICHT UNNÖTIG VIEL ZEIT VERLOREN GEHT, IST ES VON VORTEIL, SO VIEL WIE MÖGLICH AN INFORMATIONEN ÜBER SIE UND IHR KIND SCHON VORAB ZU ERHALTEN. SOLLTEN SIE EINIGE FRAGEN NICHT BEANTWORTEN KÖNNEN, IST DIES KEIN PROBLEM. AM TERMIN SELBST FINDET SELBSTVERSTÄNDLICH EIN PERSÖNLICHES GESPRÄCH STATT, IN DEM ALLE OFFENEN FRAGEN IHRER- UND MEINERSEITS GEKLÄRT WERDEN KÖNNEN.

ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

ANSCHRIFT:

ALLGEMEINE ANGABEN ZU DEN GESETZLICHEN VERTRETERN BEI MINDERJÄHRIGEN

MUTTER:

NAME: _____ VORNAME: _____

ANSCHRIFT (FALLS ABWEICHEND):

TEL.: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____

BERUF: _____

VATER:

NAME: _____ VORNAME: _____

ANSCHRIFT (FALLS ABWEICHEND):

TEL.: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____

BERUF: _____

NAME UND ANSCHRIFT DES KINDERARZTES/HAUSARZTES:

ANGABEN ZUM KIND:

AKTUELLES KÖRPERGEWICHT: _____ KG

AKTUELLE KÖRPERGRÖSSE: _____ CM



INFORMATIONEN ZUR SCHWANGERSCHAFT:

- SPONTANSCHWANGERSCHAFT IN-VITRO-FERTILISATION

MEDIKAMENTE WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT:

GAB ES STRESSPHASEN / PSYCHOEMOTIONALE BELASTUNGEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT?

- NEIN
 JA – BITTE KURZ BESCHREIBEN

INFORMATIONEN ZUR GEBURT:

WO WURDE ENTBUNDEN?

- HAUSGEBURT KRANKENHAUS
 GEBURTSHAUS EINGELEITET
 SPONTANE GEBURT MIT WAS: (INFUSION, SCHEIDENZÄPFCHEN ETC.)

DAUER DER GEBURT / LAGE DES KINDES (SCHÄDELLAGE/BECKENENDLAGE/STERNENGLÜCKER ETC.)

- EINSATZ EINER SAUGGLOCKE
 EINSATZ EINER ZANGE
 WURDE BEI DER GEBURT AUF DEN BAUCH GEDRÜCKT (KRISTELLER HANDGRIFF)?
 PDA/SPINALANÄSTHESIE
 KAISERSCHNITT, WENN JA WARUM?

TRATEN WÄHREND DER GEBURT KOMPLIKATIONEN AUF? – WENN JA, WELCHE?

INFORMATIONEN NACH DER GEBURT:

BESONDERHEITEN NACH DER GEBURT?

GEBURTSGEWICHT: _____ G
LÄNGE: _____ CM
APGAR: _____ / _____ / _____

- DAS KIND HAT SOFORT GESCHRIEN
 DAS KIND HAT NACH DEM ANLEGEN SOFORT GESAUGT
 MEKONIUM (KINDSPECH); WANN? _____

DAUER DES KRANKENHAUSAUFENTHALTES _____ TAGE

- HAT DAS KIND EINE LICHTTHERAPIE BEKOMMEN? _____ TAGE (IKTERUS/GELBSUCHT)

- WÄRMEBETTCHEN / BRUTKASTEN / INTENSIVSTATION WARUM?



- WURDE DAS KIND BEATMET? WENN JA, WIE LANGE? _____ TAGE
 MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE?

WELCHE DER FOLGENDEN ANGABEN TREFFEN/TRAFEN AUF IHR KIND ZU?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FRAKTUREN | <input type="checkbox"/> ASYMMETRIE DES KOPFES |
| <input type="checkbox"/> SCHULTERLUXATION | <input type="checkbox"/> KOLIKEN |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNG DES KOPFES | <input type="checkbox"/> TRINK-/SCHLUCKSTÖRUNGEN |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNG DES KÖRPERS | <input type="checkbox"/> OHRENTZÜNDUNGEN |
| <input type="checkbox"/> HÜFTDYSPLASIE | <input type="checkbox"/> SCHIELEN |

GIBT/GAB ES MOTORISCHE AUFFÄLLIGKEITEN? – WENN JA, WELCHE?

HAT/HATTE IHR KIND EINE BEVORZUGTE SEITE (BEIM STILLEN, SCHLAFEN ETC.)?

- NEIN
 JA, WELCHE?

HAT SICH IHR KIND SELBSTSTÄNDIG GEDREHT?

- NEIN
 JA – AB WELCHEM MONAT?

IST IHR KIND GEKRABBELT?

- NEIN
 JA – AB WELCHEM MONAT?

WANN HAT IHR KIND ANGEFANGEN ZU LAUFEN?

ANGABEN ZUR KRANKENGESCHICHTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KOPFVERLETZUNGEN | <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF KOPF |
| <input type="checkbox"/> KNOCHENBRÜCHE | <input type="checkbox"/> SPORTUNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> FUSS- ODER KNIEVERLETZUNGEN | <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF BECKEN/STEISSBEIN |
| <input type="checkbox"/> SONSTIGES – BITTE KURZ BESCHREIBEN: | |

WEITERE ERKRANKUNGEN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERZ-/KREISLAUFBESCHWERDEN | <input type="checkbox"/> ALLERGIEN |
| <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"/> WIRBELSÄULEN-/GELENKSCHMERZEN | <input type="checkbox"/> BLASE/NIERE |
| <input type="checkbox"/> SONSTIGES – BITTE KURZ BESCHREIBEN: | |

WURDE IHR KIND OPERIERT?

- NEIN
 JA – WARUM, WAS, WANN UND WIE



IMPFUNGEN?

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIPHTHERIE | <input type="checkbox"/> KEUCHHUSTEN | <input type="checkbox"/> ROTAVIREN |
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> MASERN | <input type="checkbox"/> RÖTELN |
| <input type="checkbox"/> GRIPPE | <input type="checkbox"/> MENINGOKOKKEN | <input type="checkbox"/> TETANUS |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS B | <input type="checkbox"/> MUMPS | <input type="checkbox"/> WINDPOCKEN |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> PNEUMOKOKKEN | |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> POLIO | |

KINDERKRANKHEITEN?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIPHTHERIE | <input type="checkbox"/> RÖTELN | <input type="checkbox"/> RINGELRÖTELN |
| <input type="checkbox"/> MASERN | <input type="checkbox"/> SCHARLACH | <input type="checkbox"/> WINDPOCKEN |
| <input type="checkbox"/> MUMPS | <input type="checkbox"/> DREITAGEFIEBER | <input type="checkbox"/> KEUCHHUSTEN |

BEFINDET/BEFAND SICH IHR KIND IN ZAHNMEDIZINISCHER/KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG?

- NEIN
 JA – WARUM?
-
-

TRÄGT IHR KIND EINE BRILLE?

- NEIN
 JA – SEIT WANN UND WARUM?
-
-

KLAGT IHR KIND ÜBER HÄUFIGE BAUCHSCHMERZEN?

- NEIN
 JA – BITTE KURZ BESCHREIBEN
-
-

KLAGT IHR KIND ÜBER AUGENSCHMERZEN?

- NEIN
 JA – BITTE KURZ BESCHREIBEN
-
-

KLAGT IHR KIND ÜBER HÄUFIGE KOPFSCHMERZEN?

- NEIN
 JA – WIE OFT, WIE FÜHLT SICH DER SCHMERZ AN, LOKALISATION
-
-

HAT IHR KIND KONZENTRATIONS- ODER KOORDINATIONSSTÖRUNGEN?

- NEIN
 JA

BENÖTIGT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE?

- NEIN
 JA – WELCHE?
-
-

ABNEIGUNGEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN BEI NAHRUNGSMITTELN?

- NEIN
 JA – WELCHE?
-
-