

Anamnesebogen

Angaben zum Kind:

Name, Vorname (n): _____

Geboren am: _____ in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: Straße und Haus-Nr.: _____

Ort, Bundesland: _____

Das Kind lebt bei: beiden Eltern oder bei: _____

gesetzliche Vertreter: beide Eltern Mutter Vater anderer: _____

über wen ist das Kind versichert: _____ Krankenkasse: _____

Angaben zur Mutter:

Name, Vorname (n): _____

Geboren am: _____ Tel: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (falls abweichend vom Kind): _____

Berufstätig: ja nein Wenn ja, als: _____

Wichtige Erkrankungen: _____

Angaben zum Vater:

Name, Vorname (n): _____

Geboren am: _____ Tel: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (falls abweichend vom Kind): _____

Berufstätig: ja nein Wenn ja, als: _____

Wichtige Erkrankungen: _____

Sind die Eltern: verheiratet zusammen lebend getrennt lebend geschieden verwitwet

Erziehen Sie Ihr Kind: zusammen alleine als Mutter alleine als Vater als _____

Angaben zu Geschwistern

Name und Vorname	geboren am	Besondere Probleme oder Krankheiten
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Häusliche Situation:

Gibt es Raucher in der Familie? nein ja Wenn ja, wer: _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? nein ja

Angaben zu Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja, welche _____

Geburt im Gestationsalter _____ SSW, Geburtsgewicht _____ g, Geburtslänge _____ cm

Hat Ihr Kind sofort geschrien? ja nein

Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden? nein ja

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden? nein ja

Erste Lebenswochen

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja nein Wie lange haben Sie voll gestillt? _____

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.

Infektionen (Erreger: _____)	Krampfanfälle
Ernährungsstörung	Schlafstörungen
vermehrtes Schreien	sonstiges _____

Geht Ihr Kind eine eine Einrichtung (Kita, Schule)? ja nein

Wenn ja, in welche: _____

Ist Ihr Kind Brillenträger? nein ja

Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, in welcher _____

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche _____

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? nein ja

Wenn ja, wann und was _____

Leidet Ihr Kind an Allergien? nein ja

Wenn ja, welche _____

Befindet Ihr Kind sich in therapeutischer Behandlung (Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie, Psychotherapie)? nein ja

Wenn ja, in welcher Praxis _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater andere: _____

_____ Datum und Unterschrift