Säuglings- und Kinderanamnesebogen

Name : Vorname:

Straße : PLZ, Ort:

Telefonnummer: Geburtsdatum:

Kinderarzt: Krankenkasse:

Gewicht und Größe zurzeit:

Gewicht und Größe nach der Geburt:

Kopfumfang nach der Geburt:

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Besonderheiten:

* Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten?

(Angst, Aggressivität, Ungeduld. Hektik, lustlos, in sich gekehrt ...)

wenn ja, bitte kurz schildern:

Verlauf der Schwangerschaft:

Hatten Sie während der Schwangerschaft

* eine ernste Erkrankung?

wenn ja, welche?

* Behandlung mit Antibiotika?
* einen Unfall?
* besonderen psychischen Stress?
* Übelkeit und Erbrechen?

wenn ja, wie lange?

* vorzeitige Wehen?

wenn ja, mussten Sie liegen?

* bekamen sie Wehen hemmende Medikamente?

Verlauf der Geburt:

* Dauer: 4 - 6 Std. 12 - 18 Std. länger? kürzer?
* Komplikationen: Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt

 Zange Glocke

 oder manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme

* Apgar Werte: / / / (gelbes Heft z.B.1 0/10/1 0)
* Geburtspräsentation: Hinterhaupt Scheitel Gesicht

Steiß Nabelschnurumwicklung

* war die Geburt termingerecht? ja zu früh über Termin
* musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden?

wenn ja, wie lange? warum?

* wurde Ihr Kind gestillt?

konnten Sie es ohne Problem an beide Brüste anlegen?

welche Seite bevorzugt ihr Kind?

Entwicklung:

* Entspricht das Schädelwachstum .der Norm?
(gelbes Heft)

wenn nein: zu groß zu klein

* Wann konnte Ihr Kind: sich drehen, robben, krabbeln,

 sitzen, stehen, laufen,

 Treppen steigen?

Wann war ihr Kind Trocken? Stuhl Urin

Komplikationen:

* Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen?
* Hatte es die so genannten Drei-Monats-Koliken?
* Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen?
* Weinte es oft ohne das Sie genau wussten warum?
* Hat Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? Jetzt? Früher?
* Wie lange schläft es an einem Stück? Jetzt? Früher?

Gesundheit

* Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt in einem Organ

 z.B. Herzfehler?

* Hatte Ihr Kind einen Unfall? wenn ja, welcher Art?
* Eine OP? wenn ja, welcher Art?
* Kinderkrankheiten? wenn ja, welcher Art?
* Mittelohrentzündungen?
* Mandelentzündungen?
* Bronchitis /Lungenentzündung?
* Blasen / Nierenerkrankungen?
* Fieberkrämpfe? wenn ja, wie oft?
* Allergien? wenn ja, welche?
* Leidet ihr Kind an Infekten der Atemwege?

(mehr als 5x im Jahr)

* Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokruppanfall? wenn ja, wie oft?
* Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Gab es Impfreaktionen?

* Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

wenn ja, welche?

* Gibt es in ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen?

z.B.: Asthma, Diabetes, Rheuma, MS

* Besteht eine familiäre Disposition für Allergien?

Ernährung:

* Vorlieben?
* Abneigungen?

Bisherige Therapien?

* Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung,

andere?

* Therapie zurzeit?