



## Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

### Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich  weiblich

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Hobbies:

### Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern

Name, Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Telefon:

### Angaben zum Kind:

Aktuelles Körpergewicht: kg Aktuelle Körpergröße: cm

Gibt es Auffälligkeiten bei der Entwicklung des Kindes?  ja  nein

Wenn ja, welche?

### Angaben zur Geburt:

Spontan-Geburt  Kaiserschnitt  Einsatz einer Saugglocke  Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Gab es nach der Geburt Besonderheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche?

### Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation      | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers |
| <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung       | <input type="checkbox"/> Gelbsucht                 |
| <input type="checkbox"/> Schielen              | <input type="checkbox"/> Augensenkung          | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes  |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie         | <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes | <input type="checkbox"/> Koliken                   |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?  ja  nein

Wenn ja, ab welchem Alter?

**Angaben zur Krankengeschichte:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen                    | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken / Steißbein | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche        |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle                        | <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen      | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben: |  |   |

**Weitere Erkrankungen:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Blase / Niere                       | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen)          | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen)           | <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane              |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben: |  |

**Wurde Ihr Kind operiert?**  ja  nein

Wenn ja, warum, was, wann und wie?

**Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, warum und seit wann?

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**  ja  nein

Wenn ja, warum und seit wann?

**Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?**  ja  nein

**Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?**  ja  nein

Wenn ja, wie fühlt sich der Schmerz an?

- |                                    |                                   |                                   |                                   |                                   |                                    |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend   | <input type="checkbox"/> bohrend  | <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> krabbelnd |
| <input type="checkbox"/> krampfend | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> reißend  | <input type="checkbox"/> beengend | <input type="checkbox"/> dumpf    | <input type="checkbox"/> _____     |

**Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?**  ja  nein

**Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

**Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?**  ja  nein

Wenn ja, warum und seit wann?

**Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter