



Osteopathie & Physiotherapie

*Katrin Hilgert*

Telefon: 06132/9743128  
praxis@osteopathie-hilgert.de  
www.osteopathie-hilgert.de

Brüder-Grimm-Straße 38  
55218 Ingelheim

## 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:**

- Kopfverletzungen
- Stürze auf Becken / Steißbein
- Knochenbrüche
- Sportunfälle
- Fuß- oder Knieluxationen
- Auto-/ Fahrradunfall
- Sonstiges – bitte kurz beschreiben:

**Weitere Erkrankungen:**

- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Blase / Niere
- Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen
- Menstruationsbeschwerden (Mädchen)
- Urogenitalorgane (Jungen)
- Verdauungsorgane
- Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen)
- 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?

- ziehend
- bohrend
- stechend
- brennend
- drückend
- krabbelnd
- krampfend
- klopfend
- reißend
- beengend
- dumpf
- \_\_\_\_\_

**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