



## Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

### *Liebe Eltern*

Durch das Ausfüllen dieses Bogens können Sie mir Informationen zu Ihrem Kind geben, die Ihnen auf den ersten Blick belanglos erscheinen mögen, die jedoch unter ganzheitlicher Betrachtung erst eine wirksame und auf die Bedürfnisse Ihres Kindes abgestimmte Behandlung ermöglichen.

#### Kind

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      \_\_\_\_\_ Monate

#### Mutter/Vater

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Bei welcher Versicherung ist Ihr Kind gemeldet? \_\_\_\_\_

#### Hauptversicherter:

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_

Bei Privatpatienten Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

---

### Angaben über das Kind:

Wichtige Besonderheiten: (Einzelangaben s.u.) \_\_\_\_\_

Sonstige betreuende Ärzte: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Kind kommt in Begleitung von:  Mutter,  Vater, sonstige: \_\_\_\_\_

#### Geschwister/Stellung in der Geschwisterfolge:

Name/ ggf. abweichende Nachname:	Geburtsdatum:	Schule/KiGa:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

**FA: bitte kreuzen Sie die Betreffenden Erkrankungen an.**

	Mutter	Großmutter	Großvater	Vater	Großmutter	Großvater	Geschwister	Sonstige
Allergien								
Augen								
Schilddrüse								
Leber/Magen/Darm								
seelische Störungen								
Herz								
Lunge								
Ohren								
Kreislauf								
Zentrales Nervensystem								

Ist die Familie vollständig? \_\_\_\_\_ Eltern verheiratet, seit wann? \_\_\_\_\_.

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ wie lange gearbeitet ? \_\_\_\_\_

Berufsaufgabe wegen Geburt ? ja ; nein

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_ seit wann berufstätig? \_\_\_\_\_.

Wohnungswechsel/Ortswechsel während Schwangerschaft/pp /Vorschulphase/Schulalter?  
\_\_\_\_\_

**Besonderheiten in der Schwangerschaft:** nein **ja**  
Vorzeitige Wehen/ BEL Tokolyse Krankenhausaufenthalt Infektionen

**Besonderheiten bei der Geburt:** nein **ja**  
Geburtsklinik: Hausgeburt:  
FG Asphyxie O2-Bedarf Krämpfe Hypoglykämie  
angeb.Störungen

**Geburtsmodus:** Spontan VE/Forceps Sectio

**Geb.Gew:** \_\_\_\_\_ g **Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Apgar:** \_\_\_\_\_ **pH:** \_\_\_\_\_  
TEOAE durchgeführt : ja  nein  pathologisch: ja  nein

Vitamin K prophylaxe durchgeführt ? ja  nein

NG-Screening ja  nein  Pathologisch

**War das Kind bei der Geburt von der Mutter getrennt worden?**, \_\_\_\_\_ ;

Wenn ja wann: \_\_\_\_\_ ; wie lang \_\_\_\_\_.

**Ernährung:** Muttermilch: \_\_\_\_\_ wenn nein, welche  
Nahrung? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Beikost ab Monat: \_\_\_\_\_  
was?: \_\_\_\_\_

Hat das Kind ein eigenes Zimmer \_\_\_\_\_.