



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
Alter:								
Allergien								
Infekte								
Krebs								
Augen								
Schilddrüse								
Leber/Magen/Darm								
seelische Störungen								
Herz								
Lunge								
Ohren								
Kreislauf								
Zentrales Nervensystem								

SA:

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?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer _____.

EA:

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?, _____ ; wann: _____ ; wie lang _____.

Ernährung:

Muttermilch: _____ wenn nein, welche Nahrung? _____,

Beikost ab Monat: _____ was?: _____

War das Kind nach der Geburt oder im ersten LJ längere Zeit von der Mutter getrennt ?

nein: ja:

wie lange/warum? _____

Fragen zur Entwicklung:

Wann kam der erste Zahn? _____.

Wann konnte das Kind sitzen: _____ ; stehen; _____ ; laufen _____

Wann sprach es die ersten Worte? _____

Wann wurde es trocken? _____ besteht noch Einnässen/Einkoten? _____

Wann setzte der Zahnwechsel ein? _____ (hat noch nicht begonnen)

Wann bekam es den ersten bleibenden Backenzahn ? _____.

Welche Rachitisprophylaxe wurde durchgeführt/wie lange?

keine Apatit/conchae etc. Vigantol(Vit.D) Fluor + Vit.D

Bekam/bekommt das Kind Fluorpräparate ? nein ja welche: _____.

seit wann: _____.

Bisherige Auffälligkeiten in der Entwicklung/Erkrankungen: (Jahres/Altersangabe)

	<i>Auffälligkeiten</i>	<i>Alter</i>
VSU 2		
VSU 3		
VSU 4		
VSU 5		
VSU 6		
VSU 7		
VSU 8		
VSU 9		

Schutzimpfungen:

	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung	5. Impfung
Datum:					
Tbc					
Tetanus					
Diphtherie					
Polio					
Hib					
Pertussis					
Hep-B					
Masern					
Mumps					
Röteln					
FSME					
Varizellen					

Bisherige Erkrankungen

Windpocken: _____
 Röteln: _____
 Keuchhusten: _____
 Scharlach: _____
 Mandelentzdg.: _____
 Hirnhautentzdg.: _____
 Pseudokrupp: _____

Masern: _____
 Mumps: _____
 Kinderlähmung: _____
 Diphtherie: _____
 Lungenentzdg.: _____

Krampfanfälle/Fieberkrämpfe?: _____

Therapie? _____ fortdauernd

Gelbsucht/Hepatitis: wann? _____ infektiös?: nein ja

Durchfallerkrankung/Salmonellen: _____ Dauerausscheider ? nein ja

Häufige Erkältungen: _____ wie oft /Jahr? _____
 welche Jahreszeit? _____

behinderte Nasenatmung? Nein ; ja

Mundatmung? Nein ; ja

Schnarchen? Nein ja

Allergien

Nahrungsmittel: _____

Medikamente: _____

Asthma: nein ja: seit wann: _____
infektbedingt: _____; allergisch: _____

Heuschnupfen: nein ja: seit wann? _____

Ekzem: nein ja : seit wann? _____

Sinnesorgane
Hörstörung? nein ja , nicht bekannt

letzter Hörtest? _____ bei Dr.: _____

Adenoide? nein ja

Lymphatiker? nein ja

Ohrentzündungen: nein ja wie oft? _____

Behandlung? _____

Sehfehler? nein ja Kurzsichtig Weitsichtig

Brillenträger? _____.

Ernährungsstörungen im Säuglingsalter: _____

sonstige Erkrankungen: _____

Durchgemachte Operationen:

Nabelbruch: _____

Leistenbruch: _____

Blinddarmfortsatz: _____

Wucherung der Mandeln:

Rachenmandeln:(TE): _____

Gaumenmandeln:(AT): _____

Paukendrainage: _____

Sonstige Operationen: _____

Unfälle:

Verbrühungen/Verbrennungen: _____

Knochenbrüche: _____

Gehirnerschütterung: _____

Sonstige: _____

Vegetativum:

Appetit: gut schlecht wählerisch

Durst: was trinkt das Kind: _____

wieviel?: _____

Ernährungsform: vegan _____ ovo-lacto-vegetabil: _____

mit Fleisch/Ei/Milch _____

Neigungen: **eher süß** **eher salzig** **einzelne Speisen:**
Abneigungen: _____

Stuhlgang: **täglich ?:** **nein** **ja**

Schlaf: Einschlafen: *rasch* *allein*
 Durchschlafen: *nein* *ja*
 wacht es nachts auf?: *nein* *ja*
 Mittagsschlaf: *nein* *ja* *wie lange*
 Träume? *nein* *wenig* *lebhaft*

Leib-Seele Verbindung: *schwitzt das Kind viel ?* *leicht?*
Hat es kalt Hände/Füße? _____

Temperament: *sanguinisch* *melancholisch*
choleric *phlegmatisch*

Eigenschaften: _____

Spielgewohnheiten: _____

Geschicklichkeiten: _____

Soziales Verhalten: _____

Außerfamiliäres Umfeld :

Kindergarten /Schule:

Welche Einrichtung (Kindergarten/Schule incl. Klasse) besucht das Kind?

Wie schätzen Sie die Integration Ihres Kindes in der Einrichtung ein ?

Kontakt zu Gleichaltrigen ?

Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen?

Wie beurteilen Sie die Konzentration und Ausdauer Ihres Kindes ?

Freizeit:

Welche Hobbys hat Ihr Kind ?

Welchen Sport betreibt es?

Wie viele Stunden bewegt es sich im Freien(pro Woche)?

Wie viel Medienkontakt/gebrauch (PC, TV, game boy, Nintendo, X-box etc.) findet täglich statt.?

Erwähnenswertes aus elterlicher Sicht/Welche Frage bezüglich Ihres Kindes liegt Ihnen besonders am Herzen?

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit Dr. med. Horst Markmann

Stand 09.2016