



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 _____.