

ESENCIAL

Anamnesebogen Baby

Liebe Eltern,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragenbogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann. Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, evtl. Therapieberichte etc. vorab per E-Mail zu oder bringen Sie die Unterlagen zum ersten Behandlungstermin mit!

Allgemeine Angaben (Kind):

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt: _____

Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

Grund des Besuches: _____

Bisher durchgeführte Therapien/Maßnahmen: _____

Allgemeine Angaben (gesetzliche(r) Vertreter):

Name, Vorname: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Schwangerschaftsverlauf

Gab es Besonderheiten/Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z.B. Blutungen, Medikamenteneinnahme, externe Wendung, Muttermundöffnung, Wehenhemmer, Diabetes, Eingriffe, Stress, Unfälle, Infekte)

ESENCIAL

War es für Sie einfach schwanger zu werden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein: _____

Haben Sie in der Schwangerschaft die Möglichkeit auf eine gesunde Lebensführung? (Bsp. gesunde Ernährung, kein Rauchen/Alkohol, Bewegung etc.)

- ☐ Ja
- ☐ Nein: _____

Art der Schwangerschaft (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- ☐ Spontanschwangerschaft
- ☐ Mehrlingsschwangerschaft
- ☐ Kinderwunschbehandlung
- ☐ In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- ☐ Sonstiges (z.B. Hormone, Insemination)

Wie viele Schwangerschaften/Geburten hatten Sie? (Anzahl, Jahr)

Geburt

- ☐ Spontangeburt
- ☐ Geburt wurde eingeleitet

In welcher SSW?

Geburtsgewicht:

Größe:

Apgar:

Kopfumfang:

Haben Sie gestillt? (wenn ja, wie lange)

- ☐ Nein
- ☐ Ja _____

ESENCIAL

Ablauf der Geburt (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- ☐ Lage des Kindes: _____
- ☐ Frühzeitiger Blasensprung
- ☐ Einsatz einer Saugglocke/Zange/Kristeller-Handgriff
- ☐ Nabelschnurumwicklung
- ☐ Einrisse Damm/Vaginalbereich
- ☐ PDA/Spinalanästhesie
- ☐ Kaiserschnitt

Gab es während der Geburt Komplikationen? (wenn ja, welche)

- ☐ Nein
- ☐ Ja _____

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? (z.B. Hämatome, medizinische Versorgung Baby)

Welche Angaben treffen bei ihrem Baby zu? (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| ☐ Schulterluxation | ☐ Still-/Trink-/Schluckstörungen |
| ☐ Schiefhaltung/Asymmetrie Körper/Kopf | ☐ Häufiges Schreien/schwieriges Ablegen |
| ☐ Hüftdysplasie | ☐ Schwieriges Schlafverhalten |
| ☐ Koliken/Verdauungsstörungen | ☐ Tränenkanalverschluss |
| ☐ Gelbsucht | ☐ Schielen |

Gab es motorische Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Drehung Rückenlage-Bauchlage, Robben, Krabbeln, Arme/Beine symmetrische benutzen,)

- ☐ Nein
- ☐ Ja _____

Wurde/wird ihr Kind gestillt? (wenn ja, wie funktioniert es? Trinken beide Brüste, Milch ausspucken, wenn nein, wie funktioniert Flaschengabe? Annahme, Verträglichkeit)

- ☐ Nein _____
- ☐ Ja _____

ESENCIAL

Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen? (wenn ja, welche?)

☐ Nein

☐ Ja _____

Wurde/wird Ihr Kind geimpft nach STIKO? (wenn ja, welche Impfungen und wann)

☐ Nein

☐ Ja _____

Hat Ihr Kind bereits Infektionen/Krankheiten durchgemacht? (z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Erkältungen usw., wenn ja, in welchem Alter)

Musste Ihr Baby Medikamente nehmen/gab es OPs? (z.B. Antibiotika, Fieberzäpfchen, Paracetamol, Ibuprofen, usw.)

Gib es sonstige Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Probleme Hören/Sehen/mit Reizüberflutung, Sprachprobleme, etwas was bisher nicht gefragt wurde?)

☐ Nein

☐ Ja _____

Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis usw.)

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern: _____

Geschwister: _____

ESENCIAL

Hat Ihr Kind bereits Infektionskrankheiten durchgemacht? (z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten usw., wenn ja, in welchem Alter)

Befindet sich Ihr Kind aktuell in Therapie? (wenn ja, welche und seit wann)

☐ Nein

☐ Ja

Ergänzungen

Vielen Dank für Ihre Zeit und ich freue mich auf die Behandlung!

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)