



Anamnesebogen für Säuglinge- Kleinkinder- Schulkinder

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Rechnungsempfänger: _____ Krankenkasse/ Erstattung über: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Tel. beruflich: _____

Tel. mobil: _____ E-mail: _____

Kinder-/Hausarzt: _____ Wer hat uns empfohlen?: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen soweit wie möglich. Sofern etwas zutrifft bitte ankreuzen, sonst in eigenen Worten beschreiben.
Beachten Sie dabei, dass auch früher durchgemachte Erkrankungen/ Auffälligkeiten für uns von Interesse sind.

Was ist der Grund Ihres Besuches?:

Bisherige Diagnostik/ Diagnose:

Schwangerschaft:

Alter der Mutter bei der Geburt: _____ Alter des Vaters bei der Geburt: _____

Bisherige Schwangerschaften: nein ☐ ja, und zwar:

Gab es Fehlgeburten?: nein ☐ ja, und zwar:

Gab es Schwangerschaftskomplikationen?: nein ☐ ja, und zwar:

Gesundheitszustand der Mutter vor/während/nach der Schwangerschaft: gut ☐ schlecht, weil:

psychisch-emotionale Belastungen der Mutter vor/ während/ nach der Schwangerschaft: nein ☐ ja, weil:

Geburt:

Wo fand die Entbindung statt? Krankenhaus ☐ Geburtshaus ☐ Hausgeburts ☐
Geburt in der _____ SSW Geburtsdauer: _____ Stunden Austreibungsphase/ Presswehen: _____ Stunden

Schmerzmittel: nein ☐ ja ☐

Wehenfördernde Mittel: nein ☐ ja ☐

wehenhemmende Mittel: nein ☐ ja ☐

Geburt: Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt: geplant? ja ☐ nein ☐ wievielter?

Lage des Kindes: Schädellage ☐ Steißlage ☐ andere, und zwar: _____

APGAR: _____ / _____ / _____

Nabelschnur pH: _____

Fruchtwasser: unauffällig ☐ grün ☐ zuviel ☐ zu wenig ☐

Geburtsgröße: _____ cm Geburtsgewicht: _____ g Kopfumfang: _____ cm

Verletzungen bei der Geburt: nein ☐ ja, und zwar:

Besonderheiten nach der Geburt (z.B. Atmung, intensivmedizinische Betreuung; Operationen, Verletzungen):
nein ☐ ja, und zwar:

Nahrungsaufnahme:

Stillen: ☐ ja, wie lange? evtl. Grund des Abstillens:
☐ nein, weil:

Besonderheiten (z.B. Trinkschwäche):

Trinken aus der Flasche: gut ☐ schlecht, weil:

Trinkrhythmik: tagsüber alle _____ Stunden nachts alle _____ Stunden
Feste Nahrung: Kind kann ☐ abbeißen ☐ ☐ kauen ☐ häufiges verschlucken ☐
Welcher Geschmack wird bevorzugt? süß ☐ sauer ☐ salzig ☐ bitter ☐ würzig ☐
Welcher Geschmack wird abgelehnt? süß ☐ sauer ☐ salzig ☐ bitter ☐ würzig ☐
Vermehrter Speichelfluss? nein ☐ ja ☐

Vegetative Regulation:

Schlafrhythmik/-dauer: tagsüber: nachts:
Ein-/ Durchschlafprobleme: nein ☐ ja (früher/ heute?):
Appetit: gut ☐ schlecht ☐ übermäßig ☐ wechselnd ☐
Spucken: nein ☐ ja (wie? früher/heute):
Koliken: nein ☐ ja (früher/heute?):
Stuhlgang: regelmäßig? ja ☐ nein ☐
auffällig (z.B. Farbe/Konsistenz/ Geruch)? nein ☐ ja, und zwar:
Allergie: nein ☐ ja, gegen:
Asthmatische Erkrankung: nein ☐ ja ☐
Allgemeine Körpertemperatur: normal ☐ etwas erhöht ☐ etwas zu niedrig ☐
Gehäuftes Fieber: nein ☐ ja ☐ Fieberkrämpfe? nein ☐ ja ☐
Übermäßiges Schwitzen (auch: Schweißhände/-füße): nein ☐ ja ☐

Wahrnehmung:

Augenprobleme: nein ☐ ja, und zwar:
Hörprobleme: nein ☐ ja, und zwar:
Geruchsempfindlichkeit: nein ☐ ja ☐
Geräuschempfindlichkeit: nein ☐ ja ☐
Mag berührt werden/ schmust gerne: ja ☐ nein ☐
Will/ Wollte ständig getragen werden: nein ☐ ja ☐
Mag/ Mochte die Bauchlage im Wachzustand: ja ☐ nein ☐

Motorik / Bewegungsverhalten:

Lag/liegt Ihr Kind auf dem Bauch und stützt sich auf Ellbogen/ Hände? ja ☐ nein ☐
Lag/ liegt Ihr Kind auf dem Rücken und strampelt mit den Beinen abwechselnd? ja ☐ nein ☐
Steckt(e) Ihr Kind beide Hände in den Mund? ja ☐ nein ☐
Steckt(e) Ihr Kind beide Füße in den Mund? ja ☐ nein ☐
Bevorzugt(e) Ihr Kind eine Seite (z.B. Blickrichtung/Hören/Greifen)? nein ☐ ja, und zwar:
Drehen über re /li Seite? ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Robben: ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Krabbeln: ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Eigenständiges Hinsetzen möglich? ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Hinstellen/ freier Stand: ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Freies Laufen: ja, seit dem _____ Monat nein ☐
Klettert gerne/überwindet Hindernisse: ja ☐ nein ☐
Bewegt sich sicher und geschickt: ja ☐ nein ☐
Ist ausdauernd und belastbar: ja ☐ nein ☐
Feinmotorik: unauffällig ☐ auffällig ☐

Orthopädie:

Bekannte orthopädische Erkrankungen?: nein ☐ ja, und zwar:

Fühlt(e) sich steif an: nein ☐ ja ☐

Fühlt(e) sich schlaff an: nein ☐ ja ☐

Schädelverformung (früher und heute): nein ☐ ja ☐

Brustkorbverformung (früher und heute): nein ☐ ja ☐

Hüftschaden: nein ☐ ja, und zwar:

Kieferorthopädische Probleme: nein ☐ ja, und zwar:

Sprachentwicklung:

Lautieren: ja ☐ nein ☐

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung: nein ☐ ja, und zwar:

sonstige Krankengeschichte:

Impfungen nach STIKO: ja ☐ nein, und zwar:

Impfreaktionen: nein ☐ ja, und zwar:

Neurologische Erkrankungen: nein ☐ ja, und zwar:

Genetische Defekte: nein ☐ ja, und zwar:

Organfehlbildungen: nein ☐ ja, und zwar:

Kopfschmerzen: nein ☐ ja ☐

Hauterkrankungen: nein ☐ ja, und zwar:

Gehäufte Infektionen (z.B. Mittelohrentzündung; Bronchitis; Schnupfen):
nein ☐ ja, und zwar:

Infektionserkrankungen (z.B. Meningitis; Lungenentzündung; Hepatitis):
nein ☐ ja, und zwar:

Gab es Unfälle, stärkere Verletzungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
nein ☐ ja, und zwar:

Alltag:

Wo ist Ihr Kind tagsüber untergebracht? zu Hause ☐ KiTa ☐ Tagesmutter ☐ Schule ☐ sonstiges:

Selbständigkeit: Tagsüber trocken seit _____ Nachts trocken seit _____
An- und Ausziehen ☐ Essen ☐ z.B. Mithilfe im Haushalt ☐

Motivation: Was macht Ihr Kind mit Lust?

Was macht Ihr Kind ungern?

Spielverhalten: unauffällig ☐ auffällig, weil:

Lernverhalten: unauffällig ☐ auffällig, weil:

Sozial-emotionale Auffälligkeiten: nein ☐ ja, und zwar:

Freizeitgestaltung/ Sport/ Freunde:

Medienkonsum (z.B.Computer /-spiele; TV): ca. _____Minuten/tägl. bzw. ca. _____ Stunden/Woche

Bisherige Therapie:

Hilfsmittelversorgung (auch Einlagen, Zahnspangen):

Medikamente (auch Homöopathika/ Nahrungsergänzungsmittel):

Kleingedrucktes:

- Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind.
- Die Behandlung ist eine Privatleistung, die auf Grundlage der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)/ Hufelandverzeichnis erfolgt. Im Falle der fehlenden Kostenübernahme durch meine Krankenkasse muss ich die Kosten selbst tragen. Eine Preisinformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.
- Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Termins selbst tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe. Termine müssen mit Angabe des Datums abgesagt werden.

Hamburg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____