

## Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

### Allgemeine Angaben zum Kind

**Geschlecht:** männlich  weiblich

**Geburtsdatum:**

**Name:** Vorname:

**Anschrift:**

---

**Hobbys:**

---

### Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

**Name:** Vorname:

**Ggf. abweichende Adresse:**

---

**Tel. (privat):** Handy:

**Name des Hausarztes/Therapeuten:**

---

**Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:**

---

### Angaben zum Kind:

**aktuelles Körpergewicht:** kg  
**Aktuelle Körpergröße:** cm

### Entwicklung des Kindes:

#### **Informationen zur Geburt:**

spontane Geburt

Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

---

**Besonderheiten nach der Geburt** – z.B. Hämatome

---

---

**Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation          | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss   |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes  | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen       |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht               |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes     | <input type="checkbox"/> Schielen                |
| <input type="checkbox"/> Koliken                   | <input type="checkbox"/> Augensenkung            |

**Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?**

---

**Ist Ihr Kind gekrabbelt?**

- Nein  
 Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

**Angaben zur Krankengeschichte:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen                    | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche                       | <input type="checkbox"/> Sportunfälle                 |
| <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen            | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall         |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben: |   |
- 

**Weitere Erkrankungen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere                       |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen) |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane                            | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen)          |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen               | <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben |
- 

**Wurde Ihr Kind operiert?**

- Nein  
 Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie
- 

**Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?**

- Nein  
 Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)
- 

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**

- Nein  
 Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?
-

**Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?**

- Nein
  - Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
- 

**Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?**

- Nein
  - Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.Bsp. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)
- 

**Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?**

- Nein
- Ja

**Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone ...?**

---

**Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- Nein
  - Ja, wenn ja- welche?
- 

**Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?**

- Nein
  - Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)
- 

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**