



Anamnesebogen für Kinder

NAME/VORNAME DES KINDES

GEBURTSDATUM

HEBAMME

KINDERARZT/-ÄRZTIN

· Schwangerschaft

SCHWANGERSCHAFTEN INSGESAMT

ANZAHL DER GEBURTEN

SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

MEDIKAMENTE IN DER SCHWANGERSCHAFT

· Geburt

GEBURT IN WOCHE

MEDIKAMENTE

Art der Geburt:

SPONTAN

GEBURTSEINLEITUNG

KAISERSCHNITT

→ GEPLANT

NOTFALL





Narkose: LOKAL PDA VOLLNARKOSE
Hilfsmaßnahmen: SAUGGLOCKE ZANGE KRISTELLER HANDGRIFF

Gab es sonstige Komplikationen?

Hat Ihr Kind direkt nach der Geburt geschrien? JA NEIN

• Ernährung GESTILLT FLASCHENNAHRUNG

• Weitere Informationen

Spuckt Ihr Kind viel?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Gibt es Auffälligkeiten bei der Verdauung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Kann ihr Kind gut Schlafen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Schreit Ihr Kind viel?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Bekommt Ihr Kind Medikamente, oder Homöopathika?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Besonderheiten U-Untersuchungen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

• Motorische Entwicklung altersentsprechend JA NEIN

Wann konnte Ihr Kind

<input type="text"/> SICH DREHEN	<input type="text"/> ROBBEN	<input type="text"/> KRABELN	<input type="text"/> SITZEN
<input type="text"/> STEHEN	<input type="text"/> LAUFEN	<input type="text"/> TREPPEN STEIGEN	





· Gesundheit

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt in einem Organ, z.B. Herzfehler/Klumpfüße? JA NEIN

→ Wenn ja, welchen?

Hatte Ihr Kind einen Unfall? JA NEIN

→ Wenn ja, was für einen?

Hatte Ihr Kind eine OP? JA NEIN

→ Wenn ja, was für eine?

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten? JA NEIN

→ Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind Infektionskrankheiten? JA NEIN

→ Wenn ja, was für eine?

Hat Ihr Kind Allergien? JA NEIN

→ Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind

Mittelohrentzündungen? JA NEIN

Blasen- bzw. Nierenerkrankungen? JA NEIN

Fieber(-krämpfe)? JA NEIN

Leidet Ihr Kind häufig (mehr als fünf mal im Jahr) an Infektionen der Atemwege? JA NEIN

Wurde ihr Kind nach den Empfehlungen der *Ständigen Impfkommission* geimpft? JA NEIN

Gab es Impfreaktionen? JA NEIN

→ Wenn ja, welche?

