



## Anamnesebogen für Kinder

NAME/VORNAME DES KINDES

GEBURTSDATUM

HEBAMME

KINDERARZT/-ÄRZTIN

WIESO KOMMEN SIE ZU UNS?

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

---

• Motorische Entwicklung      altersentsprechend       JA       NEIN

---

Wann konnte Ihr Kind

|                                     |                                |   |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="text"/><br>SICH DREHEN | <input type="text"/><br>ROBBEN | <input type="text"/><br>KRABBELN        | <input type="text"/><br>SITZEN |
| <input type="text"/><br>STEHEN      | <input type="text"/><br>LAUFEN | <input type="text"/><br>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?

