

# Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder



## Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: weiblich  männlich

Geburtsdatum:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern:

Name:

Ggf. abweichende Adresse:

\_\_\_\_\_

Tel. (privat):

Email: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Hauptbeschwerden / Grund Ihres Besuches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen oder Therapien wurden bisher schon durchgeführt?

\_\_\_\_\_



A. Erkrankungen der Eltern?

1. Frühere Schwangerschaften/Entbindungen?
2. Bekannte Gen-Schädigungen oder neurologische Erkrankungen?
3. Medikamente/Suchtmittel während der Schwangerschaft?
4. Kommt das Kind gut mit den Eltern zurecht?

B. Allgemein:

1. Hat das Kind Geschwister?
2. Die wievielte Schwangerschaft war es?
3. Wie wurde zuvor verhütet (Pille, Spirale?)

C. Diese Schwangerschaft

1. Fühlte sich die Mutter während der Schwangerschaft wohl? Wenn nicht, was waren die Gründe?
2. Wurden Medikamente vor und während der Schwangerschaft eingenommen? Wenn ja, welche?
3. War die Mutter / der Vater während der Schwangerschaft glücklich?

D. Entbindung:

1. Zeitpunkt/Schwangerschaftswoche?
2. War es eine normale Geburt?
3. War es ein Kaiserschnitt? (Geplant/Ungeplant/Notsectio)
4. War es eine Zangengeburt/Saugglockengeburt?
5. Wurden Wehenmittel eingesetzt oder eine PDA?

## E. Entwicklung des Kindes:

1. Gab es Asymmetrien nach der Geburt? Wenn ja, wie lange bestanden sie?
2. Schielt das Kind (zeitweilig/permanent) oder hat Ticks?
3. Hat das Kind eine bevorzugte Lage beim Schlafen/Stillen?
4. Wie ist das Schlafverhalten?
5. Wird das Kind momentan gestillt? Wie oft?
6. Saugt und schluckt das Kind normal?
7. Spuckt das Kind?
8. Hat das Kind Koliken? Durchfälle? Verstopfung?
9. Haben sich die Fontanellen termingerecht geschlossen?
10. Konnte das Kind den Kopf heben? Ab wann?
11. Lutscht das Kind häufig am Daumen?
12. Sind die Zähne zeitgerecht durchgebrochen?
13. Benutzt das Kind beide Arme und Beine gleichmäßig?
14. Hat das Kind gerobbt?
15. Krabbelt das Kind ?
16. Mochte das Kind Liebkosungen oder Widersetze es sich ihnen?
17. Hat das Kind Interesse an Spielzeug?
18. Leidet das Kind an Bettnässen?
19. Gab es Unfälle? Wenn ja welche und wann?
20. Nimmt das Kind Medikamente? Wenn ja, welche?
21. Hatte das Kind einmal über längeren Zeitraum hohes Fieber?
22. Hatte das Kind Operationen?



23. Was wurde operiert? Wann?

24. Wurde das Kind geimpft? Gegen was? Wann?

---

25. Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

26. Gibt es bekannte Allergien?

27. Was wird zu den Mahlzeiten gegessen und getrunken?

---

#### F. Schule

1. Wie ist die schulische Leistung?

2. Mag das Kind zur Schule gehen?

3. Schreiben? Rechnen?

4. Hat das Kind Freunde?

G. Gibt es noch etwas über dieses Kind zu wissen, das vergessen wurde?

---

---

---