

## Anmeldebogen für Kinder

Geschlecht M O W O

Geburtsdatum:.....

Mutter/Vater:.....

Telefonnummer:.....

Derzeitige **Hauptbeschwerde**:.....

-Wann ist diese Beschwerde da?.....

-Wodurch wird die Beschwerde besser?.....

-Wie verhält sich die Beschwerde im Tagesverlauf?.....

.....

**Nebenbeschwerden**:.....

Welche Fachärzte und/oder Heilpraktiker haben Sie aufgesucht?.....

.....

Welche Untersuchungen sind durchgeführt worden?.....

Welche Therapien wurden schon angewandt? Mit welchem Erfolg?.....

Gab es Operationen? Welche? Wann?.....

Gab es Unfälle / Stürze? Wie? Wann?.....

.....

Gibt es in Ihrer Familie erbliche Erkrankungen?.....

### Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft, z.B. Stress, frühzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt, vermehrte Übelkeit und Spucken, Infektionen, Medikamente?.....

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?.....

Dauer der Schwangerschaft .....SSW

Alter der Mutter bei der Geburt .....Jahre

Mehrlingsschwangerschaft? Ja / Nein

Querlage /Steißlage.....

Gab es eine äußere Wendung? Welche SSW?.....

### Geburt:

Ich habe spontan / mit Kaiserschnitt / Saugglocke entbunden.

Gab es Wehen fördernde Mittel? Ja / Nein

Gab es eine PDA? Ja / Nein

Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja / Nein

Dauer der Eröffnungsphase..... Std.

Dauer der Austreibungsphase.....Std.

Geburtsgewicht: ..... g

Länge:.....cm

Die ersten Tagen nach der Geburt:

Wie war das Wohlbefinden des Babys?.....

Die medizinische Versorgung?.....

Gab es Hautrötungen, z.B. Storchennbiss?/Gelbsucht?.....

Wie war das Wohlbefinden der Mutter?.....

Auffälligkeiten des Säuglings (bitte auch beantworten wenn Ihr Kind schon älter ist und diese Auffälligkeiten früher auftraten)

Unreife Hüfte	re / li
Fußfehlstellung	re / li
Mein Kind liegt in einem Bogen wie ein C	Ja / Nein
Mein Kind überstreckt sich	Ja / Nein
Mein Kind hält den Kopf schief	Ja / Nein
Mein Kind hat Haarabrieb am Hinterkopf	Ja / Nein
Mein Kind hat einen platten/ schiefen Hinterkopf	Ja / Nein
Mein Kind mag nicht auf dem Bauch liegen	Ja/ Nein
Mein Kind schreit in Rückenlage	Ja / Nein
Mein Kind dreht den Kopf nur zu einer Seite	re / li
Gibt es /gab es Stillprobleme ?	Ja / Nein
Ich stille nicht / habe nicht gestillt	Ja / Nein
Mein Kind trinkt an einer Seite besser	Ja / Nein
Mein Kind schnalzt beim Trinken	Ja / Nein
Mein Kind trinkt sehr langsam	Ja / Nein
Mein Kind spuckt nach jeder Mahlzeit	Ja / Nein
Mein Kind hat „Drei -Monats-Koliken“	Ja / Nein
Mein Kind quält sich mit Blähungen	Ja / Nein
Mein Kind stöhnt viel	Ja / Nein
Mein Kind ist sehr unruhig und schreit viel	Ja / Nein
Mein Kind lässt sich nur schwer beruhigen	Ja / Nein
Mein Kind zittert, hat Muskelzuckungen	Ja/ Nein

Schlafrythmus:

-Mein Kind schläft nachts gut Ja / Nein

-Mein Kind schläft tagsüber gut Ja / Nein

-Mein Kind schläft tagsüber regelmäßig Ja /Nein

-Mein Kind geht zu Bett um.....Uhr und wacht ..... mal in der Nacht auf.

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung/Behinderung? Ja/ Nein

Welche? .....

Ist Ihr Kind geimpft? Ja / Nein

Häufige Infekte?

-Husten Ja / Nein

-Schnupfen Ja / Nein

-Bronchitis Ja / Nein

-Mittelohrentzündung Ja / Nein

-Mandelentzündung Ja / Nein

Gibt es Allergien/Nahrungsunverträglichkeiten? Ja / Nein

Welche?

.....  
Stuhlgang: täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Durchfall oder Verstopfung?

Der Stuhl ist: hell, dunkel, hart, knollig, weich,.....

Auffälligkeiten vom älteren Kind:

Wie ist der Schlaf?

-häufiges Erwachen

-Schwierigkeiten beim Einschlafen

-Zähneknirschen

-Sonstiges.....

-die Schlafzeiten sind von ..... Uhr bis ..... Uhr

Wie verlief das krabbeln lernen?.....

laufen lernen?.....

sprechen lernen?.....

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT...)zum Termin mit!