



ANAMNESEBOGEN Säuglinge & Kinder

PRAXIS HANDWERK

MANUELLE THERAPIEN
UND PHYSIOTHERAPIE

1/4

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Name des Erziehungsberechtigten _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Name des Kinderarztes _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

Zur Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt.
(Beckenschiefstand, Skoliose, ...) Ja Nein

Geschwister wurden bereits bei uns vorgestellt. Ja Nein

Wenn ja, wer? _____

Schwangerschaft & Kind/er

Anzahl Ihrer Kinder _____ Alter der Mutter bei der Geburt _____

Spontanschwangerschaft/In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI) Ja Nein

Medikamente während der Schwangerschaft
(Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, ...) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____



ANAMNESEBOGEN Säuglinge & Kinder

PRAXIS HANDWERK

2/4

MANUELLE THERAPIEN
UND PHYSIOTHERAPIE

Gab es extreme Stressphasen/psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?

Ja Nein

Entbindung in welcher Woche?

Geburtsgewicht

Länge

Apgar

/

/

PH-Wert der Nabelschnur

Die Geburt

Spontan

Ja Nein

Eingeleitet

Ja Nein

Wenn ja, mit was?

Kaiserschnitt

Ja Nein

Wenn ja, geplant oder sekundär wegen Geburtsstillstand?

Lage des Kindes (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker, ...)

Dauer der Geburt ab Mmuttermundöffnung

Anzahl der Presswehen (ca.)

PDA/Spinalanästhesie

Ja Nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke)

Ja Nein

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt?
(Kristeller-Handgriff)

Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen?

Ja Nein

Gab es sonstige Komplikationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?



ANAMNESEBOGEN Säuglinge & Kinder

PRAXIS HANDWERK

3/4

MANUELLE THERAPIEN
UND PHYSIOTHERAPIE

Nach der Geburt

Das Kind hat sofort geschrien. Ja Nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt. Ja Nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen. (Ikterus/Gelbsucht) Ja Nein

Wenn ja, wie lange? Tage

Wärmebettchen, Brutkasten, Intensivstation Ja Nein

Wenn ja, warum?

Wurde das Kind beatmet? Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

Wurden dem Kind Medikamente verabreicht? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nach der Geburt

Gibt/Gab es Still Schwierigkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bäuerchen kommt schwer. Ja Nein

Bauchschmerzen/Stuhlgang kommt schlecht. Ja Nein

Mein Kind ist ein Speikind. Ja Nein

Abendliche Unruhe Ja Nein

Wenn ja, wie lange? Stunden

Unstillbares Schreien Ja Nein

Wenn ja, wie lange? Stunden

Wie lange schläft Ihr Kind in 24 h? Stunden



ANAMNESEBOGEN Säuglinge & Kinder

4/4

Asymmetrie, Fehlhaltung, Sonstiges

Sofort nach der Geburt oder erst später sichtbar? Sofort Später

Das Köpfchen ist abgeflacht Ja Nein

Wenn ja, wo?

Überstreckt sich das Kind oder macht es sich steif? Ja Nein

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt./
Breit wickeln/Spreizhose Ja Nein

Das Baby schaut/e nur nach Links Rechts

Das Baby bevorzugt/e eine Brust. Links Rechts

Das Baby dreht/e sich nur nach Links Rechts

Das Baby bewegt/e beide Arme gleich. Ja Nein

Ihr Kind schläft in Rückenlage. Ja Nein

Ihr Kind schläft in Seitenlage. Ja Nein

Ihr Kind schläft in Bauchlage. Ja Nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? (Neurodermitis, Allergien,
Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, ...) Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bisherige Therapie?

Sonstige Informationen

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

VIELEN DANK!