

# Kinder- Anamnesebogen:

HP Diana Olariu-Stalek, Zschopastr. 24, 74172 Neckarsulm 07132 991676

Name, Vorname:-----

Adresse:-----

-----Geburts-

ag: -----Name

und Telefon der Mutter/Vater/Eltern:-----

-----

-----Versicherung: ( ) gesetzlich ( ) privat ( )

HP-Zusatzversicherung

Was sind die Hauptbeschwerden/Anliegen für Ihr Kind?

-----

-----

-----

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Operation, Kummer, Trauer, Medikamente ?

-----

----- Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

-----

----- Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

-----

----- (Bitte Impfausweis mitnehmen)

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

-----

----- (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe,  
Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung)

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

-----

----- z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken,

Scharlach, Pfeifferisches

Drüsenfieber.-----

Welche Infekte hatte ihr Kind bisher? -----

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung ?

-----

-----

Sonstiges: -----

Wenn ja, wie häufig?

-----

Sind Allergien bekannt? -----

Nahrungsmittel: -----

Pollen oder anderes:-----

-----Stuhlgang: ( )

täglich ( ) jeden 2. Tag ( ) unregelmäßig riecht nach ----- ( ) Neigung

zu Verstopfung ( ) Neigung zum Durchfall Stuhlgang ist ( ) hell ( ) dunkel ( ) übelriechend ( )  
hart ( ) knollig ( ) weich ( ) schmierig ( ) pastenartig  
( Normale Konsistenz sollte sein: schnittfest )

## Haut

---

( ) Verbrennungen ( ) Narben ( ) Warzen ( ) Juckreiz

Sonstiges: -----

## Schlaf

---

( ) Schlaflosigkeit ( ) häufiges Erwachen ( ) Schwierigkeiten beim Einschlafen

( ) unruhiger Schlaf (liegt morgens an einem anderen Fleck als die Einschlafstelle)

Schlafzeit: von-bis -----

## Ernährung

---

Das Kind mag besonders gerne:

-----  
-----

Das Kind mag nicht:

-----  
-----

Wie oft ist das Kind Fleisch? -----

Kochen Sie selber? -----

Wie oft trinkt Ihr Kind Kuhmilch bzw. Milch auf Kuhmilchbasis?

-----  
-----

Wie oft darf das Kind Zucker/Süßigkeiten essen? -----

Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten? -----

( ) Fruchtwasseruntersuchung ( ) Frühgeburt ( ) Kaiserschnitt ( ) Neugeborenenengelbsucht ( )

Einnahme von Medikamenten? -----

Sonstiges: -----

## Entwicklung

---

Verhaltensauffälligkeiten im Säuglingsalter:

( ) Keine Auffälligkeiten ( ) extremes Schreien ( ) Blähungskoliken

( ) Schlafstörungen ( ) Stillprobleme ( ) Spielkind

( ) Leistenbruch/Phimose ( ) Medikamente

Entwicklung:

- krabbeln -----
- stehen -----
- 
- frei laufen -----
- windelfrei sein -----
- erste Worte sprechen -----

**Sprachentwicklung:**

- keine Auffälligkeiten       sehr früh gesprochen       spät angefangen zu sprechen
- Stottern                       Lispeln                       Auffälligkeiten

**Zahnung: gab es bei Zahnung regelmäßige Beschwerden oder Auffälligkeiten ?**

- keine Auffälligkeiten       sehr frühe Zahnung       sehr späte Zahnung
- große Schmerzen       immer mit Fieber       Durchfall bei Zahnung
- wunder Po bei Zahnung       Sonstiges

**Neigung zu ( wiederkehrenden ) Erkrankungen:**

- war bisher nie richtig krank       Mittelohrentzündungen       Blähungen
- Halsschmerzen, Angina, Scharlach       Bronchitis, Husten       Pseudokrapp
- Lungenentzündungen       Schnupfen       Fieberkrämpfe
- Hautausschläge, Ekzeme       Herpes       Warzen
- Wachstumsschmerzen       Gliederschmerzen       Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen       Übelkeit/Erbrechen       Durchfall
- Verstopfung       Sonstiges

**Allgemeines**

---

Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt? -----

Wie oft hat Ihr Kind bisher Antibiotika, Fiebersenker oder Kortison bekommen und weshalb?

-----  
 -----  
 -----

Gibt es bisherige Diagnosen Ihres Kinderarztes über Ihr Kind?

-----  
 -----  
 -----

Neigung:

- Rechtshänder/in       Linkshänder/in       umgezogener Linkshänder  
 starke Geräusch-       Geruchsempfindlich       berührungsempfindlich  
 normalgewichtig       übergewichtig       untergewichtig  
 friert sehr schnell       schwitzt sehr schnell       immer feuchte Hände/Füße

**Seitenbetonung der Beschwerden:** alle Beschwerde sind immer -----

- rechts       links       mal hier, mal dort

Tageszeiten: Wann ist Ihr Kind am ...

- ausgeglichensten und fittesten  morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts  
 schläfrigsten                               morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts  
 fittesten                                       morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts  
 quengligsten/weinerlichsten  morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts  
 anhänglichsten                               morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts  
 hungrigsten                                       morgens  vormittags  nachmittags  abends  nachts

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein oder sonstige  
Nahrungsergänzungsmittel?-----

-----

Größe: ----- , Gewicht -----, Auffälligkeiten -----

### **Kindergarten/Schule**

---

Gibt es Probleme in der Kita/Schule ?

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

### **Gemüt**

---

Leidet Ihr Kind unter :

- Albträume -----
- Ängste -----

- 
- Vor Tieren             im Dunkeln             vor Geräuschen
- Vor Verlust  
(Mama, Papa)             vor dem Alleinsein             vor Räubern/Dieben
- vor Gespenstern             Vor Geistern             Kindergarten/Schule
- Prüfungsangst             vor allem Neuen             Fremden
- Übermäßige Traurigkeit -----

Sonstiges: -----

Wie würden Sie das Selbstvertrauen Ihres Kindes einschätzen ?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

Wie ist das Sozialverhalten anderen Kindern gegenüber ?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

Welche Hobbies / Interessen hat Ihr Kind ? Was spielt es gerne ?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

Auffälligkeiten in der Grobmotorik ( rennen, klettern, laufen, Radfahren, etc. )

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

-----  
-----  
Auffälligkeiten in der Feinmotorik ( schreiben, malen, Stifthaltung, etc. )

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\*\*\* **Geschafft** \*\*\*

Dies war die letzte Frage an dieser Stelle ! Ich danke Ihnen sehr für Ihre Mühe und Vertrauen. Wenn Sie Fragen nicht beantworten möchten, respektiere ich das voll und ganz und es ist kein Problem.

**Schweigepflicht:** Selbstverständlich behandle ich alles was Sie mir mitteilen strengstens vertraulich !

( ) Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe !

---

Ort/Datum

Unterschrift