

## Anamnese-Fragebogen

für \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,

in Ergänzung zu Ihren Kontaktdaten geben wir Ihnen eine Reihe von Fragen, die uns helfen, Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Die vielen Fragen, die Sie auf diesem Bogen finden, können Sie vielleicht nicht alle beantworten. Das ist nicht weiter problematisch, manche treffen vielleicht auf Ihr Kind gar nicht zu. Wo Sie sich aber nicht sicher sind, reicht ein Fragezeichen. Wenn Sie noch zusätzliche Bemerkungen haben, machen Sie bitte Notizen am Rand, damit wir darüber sprechen können. Viele Informationen erhalten Sie auch schon im gelben Vorsorge-Untersuchungsheft Ihres Kindes.

### Machen Sie bitte einen Kreis um die richtigen Antworten.

#### 1. Zur Familie

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt  
(z.B. Skoliose, Missbildung, Beinverkürzung) ja / nein bei wem? \_\_\_\_\_

2. Schwangerschaften wie viele? \_\_\_\_\_ Alter der Mutter bei Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Dauer \_\_\_\_\_ Wochen / Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g Länge \_\_\_\_\_ cm

Fehllage / Querlage / Beckenlage

3. Die Geburt Zwillinge / Drillinge

Wie lange dauerte die eigentliche Geburt (Presswehen)? \_\_\_\_\_ Stunden/Minuten

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? ja / nein

Wurde eine PDA (Peridural-Anaesthesie) verwendet? ja / nein

Wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet? ja / nein

Die Geburt war ein Kaiserschnitt? ja / nein

Kam es zu Geburtsverletzungen beim Kind? ja / nein

#### 4. Auffälligkeiten

Schläft das Kind nicht gut ein? ja / nein Einschlafdauer? \_\_\_\_\_ Min

Wacht Ihr Kind oft auf? ja / nein wie oft? \_\_\_\_\_

Existiert eine bestimmte Schlafhaltung? ja / nein welche? \_\_\_\_\_

Gab/gibt es Stillschwierigkeiten? ja / nein rechts / links

Trinkt/isst das Kind wenig oder schlecht? ja / nein

Sabbert oder spuckt das Baby viel oder oft? ja / nein

Haben/hatten Sie ein Schreikind? ja / nein

Hat/hatte das Kind „Drei-Monats-Koliken“? ja / nein

Ist Ihr Kind empfindlich am Nacken?  
(z.B. beim Anziehen) ja / nein

- schwitzt Ihr Kind stark z.B. im Nacken? ja / nein

- rauft sich Ihr Kind öfters die Haare? ja / nein

- stützt Ihr Kind den Kopf häufig? ja / nein

**5. Sonstige Gesundheitsprobleme: Unser Kind**

leidet an Rachenwegsinfekten	ja / nein	Seit wann? _____
Neurodermitis	ja / nein	welche? _____
Allergien	ja / nein	wie oft pro Woche? _____
Kopfschmerzen	ja / nein	
Neurologische Erkrankung	ja / nein	an welchen: _____
trägt eine Brille	ja / nein	Seit wann? _____
trägt ein Zahnsperre	ja / nein	Seit wann? _____
ist in kieferorthopädischer Behandlung	ja / nein	Seit wann? _____
trägt Einlagen	ja / nein	Seit wann? _____ rechts / links

**Die letzte Impfung** am \_\_\_\_\_ **welche** \_\_\_\_\_

**6. Liegen Entwicklungsverzögerung vor?** ja / nein

Haltung und Bewegung ja / nein

Sprache und Verständnis ja / nein

Konzentration, soziale Fertigkeiten ja / nein

**7. Liegt eine Asymmetrie oder Fehlhaltung vor?** ja / nein welche? \_\_\_\_\_

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen ja / nein wann? \_\_\_\_\_

Wir wurden vom Arzt/Hebamme, Krankengymnastik darauf aufmerksam gemacht ja / nein

Uns fiel besonders Folgendes auf:  
(schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung etc.) \_\_\_\_\_

Das Baby schaut(e) nur nach	rechts / links	
drehte sich nur nach rechts / links	ja / nein	
bewegte beide Arme gleich	ja / nein	welches weniger? _____
bewegte beide Beine gleich	ja / nein	welches weniger? _____

Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner	ja / nein	rechts / links _____
Der Hinterkopf ist einseitig flacher	ja / nein	rechts / links _____
Unser Kind hat ein haarloses Gebiet	ja / nein	rechts / links _____

8. Bisherige Therapien: z.B. Osteopathie, Krankengymnastik, Logopädie etc.

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

9. Operationen - Unfälle wann? \_\_\_\_\_

10. Wer hat Sie überwiesen? \_\_\_\_\_

11. Wünschen Sie einen Befundbericht? (17,43€)                    ja / nein                    an wen?

Ihre E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

12. Name und Anschrift des Kinderarztes mit Tel.-Nr. (bitte unbedingt angeben)

\_\_\_\_\_

13. Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt?

ja / nein, Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,

Ihr ortho.care - Team