

ANAMNESEBOGEN | HERANWACHSENDE

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht männlich weiblich

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße _____

PLZ-Ort _____ Hobbys _____

Name des Hausarztes/Therapeuten _____

Anschrift Hausarzt/Therapeut _____

Allgemeine Angaben zu Ihnen – wie können wir Sie erreichen?

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ-Ort _____

Tel. privat _____ Tel. Beruf _____

Weitere allgemeine Angaben zum Kind

aktuelles Körpergewicht _____ kg

aktuelle Körpergröße _____ cm

Blutgruppe (wenn bekannt) _____

Kindesentwicklung

Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt Kaiserschnitt Zangengeburt oder Saugglocke
 langwierige Geburt schnelle Geburt
 Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche
-

- Besonderheiten nach der Geburt – z. B. Hämatome
-

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- Asymmetrien des Kopfes Trink/Schluckstörung
 Schiefhaltungen des Körpers Schiefhaltung des Kopfes
 Schielen Tränenkanalverschluss
 Augensenkung Schulterluxation Hüftdysplasie Koliken
 Gelbsucht Ohrenentzündungen motorische Auffälligkeiten (welche)
-

- andere schwere Infektionen – welche?
-

Krabbelte Ihr Kind ? Ja Nein

Krankengeschichte

Traumata und Unfallhistorie

- Kopfverletzungen Stürze auf Becken/Steißbein
- Knochenbrüche Fuß-, Knieluxationen
- Sportunfälle Auto-, Fahrradunfälle
- sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben)
-

Weitere Erkrankungen

- Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)
- Herz/Kreislauf Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen
- Verdauungsorgane Blase/Niere
- Menstruationsbeschwerden Urogenitalorgane
- sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben)
-

weitere allgemeine Fragen

Wurden Ihr Kind bereits operiert? Ja Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurden, Wann, was und wie wurde operiert?

War/Ist Ihr Kind in zahn- / kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein



Osteopathie Datteln

Selina Krämer

Trägt Ihr Kind eine Brille? Ja Nein

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme? Ja Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ? Ja Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentrationsprobleme? Ja Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen (Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)?

Welche Theapien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie, etc.?)

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zum ersten Termin