

Nadja Jänisch

Heilpraktikerin

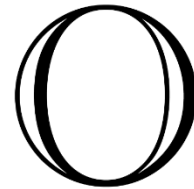
Fitness-/ Personal-Trainerin

Hagenbeckstraße 150, 22527 Hamburg

Tel: 040 800 808 100 • Mobil: 0151 11078265

Email: info@osteofit-hamburg.de

Internet: www.osteofit-hamburg.de



OsteoFIT

HAMBURG

Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben (Kind):

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt:

Grund des Besuches:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Allgemeine Angaben (gesetzliche(r) Vertreter):

Name, Vorname:

Adresse (falls abweichend):

Telefonnummer: E-Mail:

Schwangerschaft

Gab es Besonderheiten/Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z.B. Blutungen, Medikamenteneinnahme, Wehenhemmer, Eingriffe, emotionale Krisen, Stress, Unfälle, Infekte)

.....
.....
.....
.....
.....

Art der Schwangerschaft (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- Spontanschwangerschaft
- Mehrlingsschwangerschaft
- Kinderwunschbehandlung
- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Sonstiges (z.B. Hormone, Insemination)

.....

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? (Anzahl, Jahr)

.....

.....

Geburt

- Spontangeburt
- Geburt wurde eingeleitet

In welcher SSW?

Geburtsgewicht

Größe

Apgar:

PH-Wert Nabelschnur:

Kopfumfang

Haben Sie gestillt? (wenn ja, wie lange)

- Nein
- Ja

Wie viele Geburten hatten Sie? (Anzahl, Jahr)

.....

.....

Ablauf der Geburt (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- Dauer ab Muttermundöffnung
- Anzahl der Presswehen
- Lage des Kindes
- Einsatz einer Saugglocke
- Einsatz einer Zange
- Kristeller-Handgriff
- PDA/Spinalanästhesie
- Kaiserschnitt

Gab es während der Geburt Komplikationen? (wenn ja, welche)

- Nein
- Ja

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? (z.B. Hämatome)

.....

Welche Angaben trafen im Babyalter zu? (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Schulterluxation | <input type="radio"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="radio"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="radio"/> Schiefhaltung des Kopfes |
| <input type="radio"/> Hüftdysplasie | <input type="radio"/> Asymmetrie des Kopfes |
| <input type="radio"/> Koliken | <input type="radio"/> Tränenkanalverschluss |
| <input type="radio"/> Gelbsucht | <input type="radio"/> Schielen |

Gab es sonstige motorischen Auffälligkeiten? (wenn ja, welche)

- Nein
- Ja

Ist Ihr Kind gekrabbelt? (wenn ja, ab welchem Monat)

- Nein
- Ja

Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis usw.)

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Geschwister:

Hat Ihr Kind bereits Infektionskrankheiten durchgemacht? (z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten usw., wenn ja, in welchem Alter)

.....
.....
.....

Wurde Ihr Kind geimpft nach STIKO? (wenn ja, welche Impfungen und wann?)

- Nein
- Ja

Gibt/Gab es Reaktionen auf Impfungen?

(wenn ja, welche Reaktionen aufgrund welcher Impfung?)

- Nein
- Ja

Wie schläft Ihr Kind? (z.B. Zähneknirschen, Unruhe, Nachtschweiß, Sprechen im Schlaf)

.....

Braucht ihr Kind Einschlafhilfen? (z.B. Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen)

- Nein
- Ja

Wie ist der Stuhlgang ihres Kindes? (z.B. Schmerzen, Angst, regelmäßig/unregelmäßig, Konsistenz hart/weich, wie oft)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind Probleme mit der Harnblase? (z.B. häufige Infekte, einnässen nachts/tagsüber, auffälliges Trinkverhalten)

- Nein
- Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? (wenn ja, Bezeichnung und wie oft)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind Allergien? (wenn ja, welche)

- Nein
- Ja

Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel/Naturstoffe/Sonstiges ein? (wenn ja, Bezeichnung und wie oft)

- Nein
- Ja

Wurde Ihr Kind operiert? (wenn ja, warum, wann, was)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind Probleme mit den Zähnen? (z.B. Zahnspange, Karies, Entzündungen)

- Nein
- Ja

Trägt Ihr Kind eine Brille? (wenn ja, seit wann und warum)

- Nein
- Ja

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen? (wenn ja, wie oft und wann)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen? (wenn ja, seit wann, wie oft)

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen? (z.B. Herzfehler, wenn ja, welche)

- Nein
- Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernseher, Computer, Smartphone?

.....
.....

Befindet sich Ihr Kind aktuell in Therapie? (wenn ja, welche und seit wann)

- Nein
- Ja

Ergänzungen

.....
.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)