

Privatpraxis für Osteopathie und Physiotherapie

Stefanie Pfeifer
Franz-Sickinger-Str. 1, 84489 Burghausen
0160/4684122



Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat):

Handy:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Entwicklung des Kindes:

Informationen zur Geburt:

spontane Geburt

- Kaiserschnitt
Einsatz einer Saugglocke
Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen

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

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein
 Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Sportunfälle |
| <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben: | |
-

Weitere Erkrankungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen) |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen) |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben |
-

Wurde Ihr Kind operiert?

- Nein
 - Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie
-

Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- Nein
 - Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)
-

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Nein
- Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

- Nein
 - Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

- Nein
 - Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.Bsp. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)
-

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

- Nein
- Ja

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

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein
 - Ja, wenn ja- welche?
-

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?

- Nein
 - Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)
-

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

