

## Anamnese- Fragebogen Kinder

Name: .....

Vorname: .....

Geburtstag: .....  
.....

Elternnamen:.....

Straße: .....  
.....

PLZ-Ort: .....

Tel. privat: .....

Handy:.....

Arzt/Name und Tel.Nr. ....

Datum.....

Wer hat uns empfohlen? .....

**Bitte bringen Sie vorhandene Befunde ( CT, Röntgen, MRT,...) und Mutterpass zum ersten Termin mit!**

### Anleitung

**Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Sofern etwas zutrifft, bitte unterstreichen; ansonsten mit eigenen Worten beschreiben.**

### Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht..... Körpergröße.....

Blutgruppe .....

### Fragen an Mutter:

Welches Kind.....

Welche Schwangerschaft.....

Wie verlief die Schwangerschaft?

Waren Sie in der Zeit krank? Nahmen Sie Medikamente, Alkohol, Nikotin, gab's mentale Überlastung oder Stress in der Familie.

Wie verlief die Geburt?

1. Wie lang?
2. Schmerzmittel- ja, nein?
3. Wehen-Einleitung- ja, nein?
4. PDA- ja, nein?
5. Saugglocke- ja, nein?
6. Andere.....

Wie waren die andere Schwangerschaften und Entbindungen?

Wie war das Kind gleich nach Entbindung- Appgar Skala?

**Zu aktuellen Problemen bei Neugeborenen und zu allgemeine Anamnese:**

Welche Beschwerden hat das Baby?

Saug- und Schluckprobleme, Schlafprobleme, Schreibabys, Schiefhals (KISS-Syndrom), Schielen, Asymmetrien bei Körperhaltung, Stillprobleme, Erbrechen oder Spucken nach dem Stillen (Reflux), Verstopfungen, Darmkoliken, Blähungen, Länger anhaltende Durchfälle, Stuhl seltener als 3 Tage, Plagiozephalie (Deformitäten am Kopf), strukturelle Dysfunktionen in Becken und Hüftgelenken (Hüftdysplasie), Fuß- Beindeformitäten, Häufige Infektionen, Ausfall von einem Entwicklungsschritt z.B. Kind hat nicht gekrabbelt aber kann schon laufen, was anderes?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen, nichts, andere...

Wann war das Kind letztes Mal geimpft?

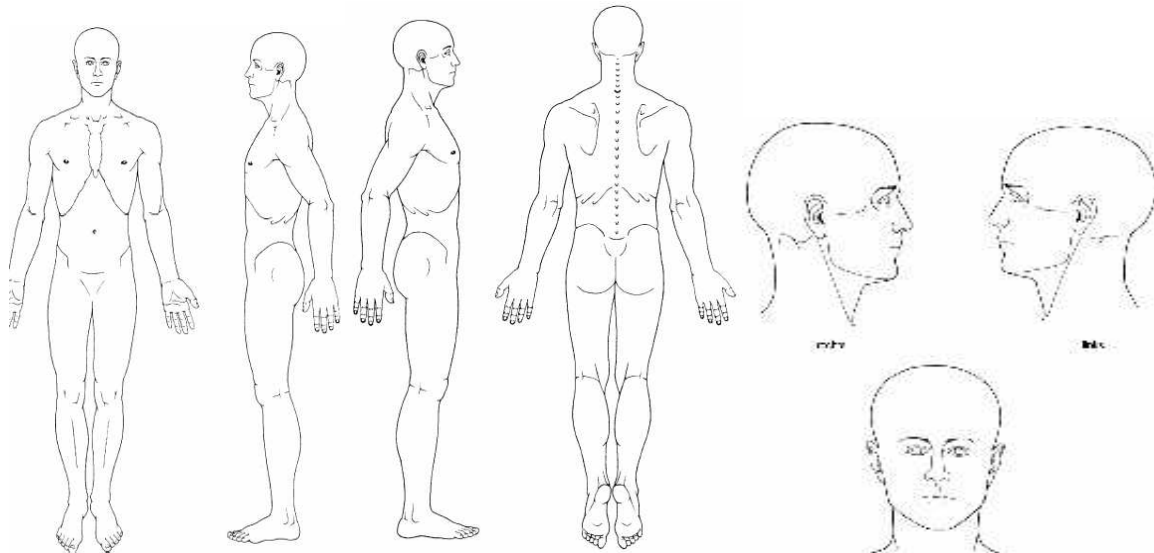
Zu aktuellen Problemen bei älteren Kindern:

Welche Beschwerden hatte das Kind?

Paukenhöhlenergüsse, Chronische Mittelohrentzündungen, Darmkoliken, Bronchitis, Asthma, Bettnässen, Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung), Entwicklungsverzögerungen (Grob- und Feinmotorisch, psychosozial), Sprach-, Visusprobleme, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Koordination- Gleichgewichtstörung z.B. Kind fällt öfters um, Haltungprobleme, Skoliosen, Lern- und Konzentrationsprobleme, Kopfschmerzen, Biss-Kiefergelenks-Problematisiken, Sportverletzungen, ist umgeknickt? Einmal, Öfters? Abneigung gegen Sport, Kopfverletzungen, Verkehrsunfälle, Zustände nach Operationen, Narben, Über-, Untergewicht, Zustand nach starken Entzündungen (Blase, Nieren, Lungen, usw.), schmerzhaftes Menstruationsblut bei Mädchen, was anderes.....?

**Hat das Kind jetzt Schmerzen?**

Markieren Sie genau den Schmerzstelle und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



1. Schätzen Sie Bitte die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach            mittel            sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

2. Seit wann gibt's die Beschwerden?

3. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen, nichts, andere...
4. Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, inwiefern?
5. Wie oft tut es wehe? Immer, mehrmals am Tag, seltener, wöchentlich.
6. Wann tut es wehe? In Ruhe, bei Belastung, bei Siezten, bei Liegen, bei Aufstehen, nach dem Essen, am Tag, nachts?
7. Gibt es was, was verschlimmert die Beschwerden? Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte,....?
8. Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, bohrend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend?
9. Gag es andere Symptome zum Schmerz- Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Taubheitsgefühl, Ameisenlaufen, Kribbeln, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung?
10. Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

**War das Kind operiert? Was und wie wurde operiert?**

1. Gab es Komplikationen, nachfolgende Beschwerden? Bitte die großen Narben anzeichnen.
2. Welche Narkoseform hatte es? Vollnarkose, Teilnarkose, Rückennarkose?

**Andere Erkrankungen**

1. Allergie oder Unverträglichkeiten, wenn ja, wogegen?

2. Gab es Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?  
Gehirn, Nervensystem, Herz, Lunge, Magen-Darm-Trakt, Schilddrüse, Bauchspeicherdrüse, Leber, Galle, Nieren, Blase?

3. Leidet das Kind unter Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Gereiztheit, Leistungsabfall, Angstgefühlen, Stimmungsschwankungen, Überforderung, Unruhe, dauerhaften Stress- Familie, Freizeit, Sozialeumgebung?

**Wie sehen die Essgewohnheiten aus?**

- Allesesser, Fastfood, besonderes Diät? Trinkt es genügend?

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

Nimmt das Kind Medikamente oder andere Substanzen?

Geht es Mutter und Vater gut?

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle Bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.