

Osteopathie A.Fischer-Pifrement

Ulrich von Hutten Straße 36

18069 Rostock

## **Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder**

### **Allgemeine Angaben zum Kind**

Geschlecht: männlich  weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

### **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:**

aktuelle Körpergröße: cm

aktuelles Körpergewicht: kg

### **Entwicklung des Kindes:**

**Verlauf der Schwangerschaft:**

Gab es emotionalen Stress?      Nein       Ja   
Stürze oder Unfälle?      Nein       Ja   
Übelkeit?      Nein       Ja   
Komplikationen      Nein       Ja  - kurze Beschreibung:

---

---

**Informationen zur Geburt:**

Spontangeburt        
Kaiserschnitt        
Einsatz einer Saugglocke        
Einsatz einer Geburtszange        
Geboren in SSW: in der      Woche  
Wurde die Geburt eingeleitet?      Nein       Ja  - welche Art (Wehenmittel etc.)?

---

Medikamente während des Geburtsvorgangs?      Nein       Ja  - welche Art (PDA etc.)?

---

**Körperhaltung während des Geburtsvorgangs:**

Hockend       Liegend       Andere Haltung:

---

Dauer der Geburt: ca.      Stunden

**Traten während der Geburt Komplikationen auf?**

Nein       Ja  - welche? Kurze Beschreibung

---

---

**Nach der Geburt:**

Das Kind hat nach der Geburt geschrien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Das Kind hat spontan die Brust gesucht?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fand Hautkontakt statt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Trennung von Mutter und Kind?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , weil

---

Verformung des Kopfes?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**Die ersten Monate:**

Das Kind wurde gestillt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Monate
Gab es Probleme beim Stillen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung:

---

Gab es beim Kind eine Lieblingsseite beim Stillen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - welche?
Flaschennahrung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - ab dem Monat
Zugefüttert	ab dem Monat	
Dreimonatskoliken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung:

Spuckkind	Nein <input type="checkbox"/>	
Schreikind	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung:

---

**Altersgerechte Entwicklung:**

Hebt den Kopf in Bauchlage	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es Monate alt ist
----------------------------	-------------------------------	--

Dreht sich von Bauch – in Rückenlage und zurück	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Hält den Kopf selbst, wenn es zum Sitzen hochgezogen wird?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Sitzt ohne Unterstützung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Robbt und krabbelt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Zieht sich an Möbeln hoch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt

Bitte um Vorlage des Vorsorgehefts.

**Sonstige Angaben:**

Gab es Erkrankungen?      Nein       Ja  - Beschreibung/ Alter:

---



---

Benötigt das Kind Medikamente?      Nein       Ja  - welche?

---

Gab es Stürze oder Unfälle?      Nein       Ja  - Beschreibung/ Alter?

---

Wurde das Kind operiert?      Nein       Ja  - Beschreibung/ Alter?

---

Wurde das Kind geimpft?      Nein       Ja

Gab es Impfreaktionen?      Nein       Ja  - welche?

---

Sonstige Auffälligkeiten (z.B. leicht schreckhaft, oft abwesend etc.) – kurze Beschreibung:

---



---

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**