



Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor dem ersten Termin Ihres Kindes sorgfältig aus.

□ Allgemeine Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers
Anschrift: _____ PLZ / Ort: _____
Hobbys: _____

□ Angaben zu den gesetzlichen Vertretern

Name: _____ Vorname: _____
Ggf. abweichende Adresse: _____
Tel. (privat): _____ Handy: _____
Name des Hausarztes / Therapeuten: _____
Anschrift des Hausarztes / Therapeuten: _____

□ Angaben zum Kind

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Entwicklung des Kindes: _____

□ Informationen zur Geburt

spontane Geburt Kaiserschnitt Saugglocke Geburtszange
Dauer der Geburt: _____
Komplikationen während der Geburt? Nein Ja – welche? _____
Besonderheiten nach der Geburt (z.B. Hämatome): _____

□ Angaben zum Babyalter (zutreffendes ankreuzen)

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

Motorische Auffälligkeiten? _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Nein Ja – ab welchem Monat? _____

□ 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 |
- Sonstiges: _____

□ 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 beschreiben |

Wurde Ihr Kind operiert? Nein Ja – warum, was, wann, wie?

Zahn-/kieferorthopädische Behandlung? Nein Ja – warum? _____

Brille? Nein Ja – seit wann und warum? _____

Augenschmerzen? Nein Ja: _____

Häufig Kopfschmerzen? Nein Ja – in welchen Abständen, welche Art? _____

Konzentrations- oder Koordinationsstörungen? Nein Ja

Bildschirmzeit (Lesen, TV, Computer, Smartphone): _____

Regelmäßige Medikamente? Nein Ja – welche? _____

Zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie etc.)? Nein Ja – welche, seit wann?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Absageregulung: Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 DSGVO: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Behandlung und Abrechnung verarbeitet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Speicherung erfolgt gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (§ 630f Abs. 3 BGB). Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Verantwortlich: Anna Marlen Fürstmann, Friedrich-Engels-Str. 15, 17268 Templin.