



Anamnesebogen Säuglinge und Kleinkinder

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: _____
Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

□ Angaben zu den gesetzlichen Vertretern

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

□ Verlauf der Schwangerschaft

Emotionaler Stress? Nein Ja Stürze / Unfälle? Nein Ja Übelkeit? Nein Ja
Komplikationen? Nein Ja – Beschreibung: _____

□ Informationen zur Geburt

Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Geburtszange
Geboren in SSW: _____ Geburt eingeleitet? Nein Ja – welche Art? _____
Medikamente während der Geburt? Nein Ja – welche (PDA etc.)? _____
Körperhaltung: Hockend Liegend Andere: _____
Dauer der Geburt: ca. _____ Stunden
Komplikationen? Nein Ja – welche? _____

□ Nach der Geburt

Kind hat geschrien? Nein Ja Spontan Brust gesucht? Nein Ja
Hautkontakt? Nein Ja Trennung von Mutter und Kind? Nein Ja, weil: _____
Verformung des Kopfes? Nein Ja

□ Die ersten Monate

Gestillt? Nein Ja – _____ Monate Probleme beim Stillen? Nein Ja: _____
Lieblingsseite beim Stillen? Nein Ja – welche? _____
Flaschennahrung? Nein Ja – ab dem _____ Monat Zugefüttert ab dem _____ Monat



Dreimonatskoliken? Nein Ja Verdauungsprobleme? Nein Ja: _____

Spuckkind? Nein Ja Schreikind? Nein Ja

Schlafprobleme? Nein Ja – Beschreibung: _____

Altersgerechte Entwicklung

Hebt den Kopf in Bauchlage: Nein Ja – seit _____ Monaten

Dreht sich von Bauch- in Rückenlage und zurück: Nein Ja – seit _____ Monaten

Hält den Kopf selbst beim Hochziehen zum Sitzen: Nein Ja – seit _____ Monaten

Sitzt ohne Unterstützung: Nein Ja – seit _____ Monaten

Robbt und krabbelt: Nein Ja – seit _____ Monaten

Zieht sich an Möbeln hoch: Nein Ja – seit _____ Monaten

Bitte bringen Sie das Vorsorgeheft mit.

Sonstige Angaben

Erkrankungen? Nein Ja – Beschreibung / Alter: _____

Medikamente? Nein Ja – welche? _____

Stürze / Unfälle? Nein Ja – Beschreibung / Alter: _____

Operationen? Nein Ja – Beschreibung / Alter: _____

Impfungen? Nein Ja Impfreaktionen? Nein Ja – welche? _____

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

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.