

Anamnese-Fragebogen für Kinder



Thomas Tribbensee

Heilpraktiker & zertifizierter Osteopath
Praxis für Osteopathie,
Chiropraktik & Komplementärmedizin
Bahnhofstraße 315, 47447 Moers
Mobil: 0176 / 70 740 444
Mail: info@praxis-tribbensee.de
Web: www.praxis-tribbensee.de

**Liebe Kids, sehr geehrte Erziehungsberechtigte.
Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Der folgende Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil der Anamnese und spiegelt aufgrund der Ausführlichkeit den ganzheitlichen Ansatz der Osteopathie wieder. Hiermit kann Ihr Therapeut Ihrem Kind noch bessere, qualifiziertere und gezieltere Hilfe zukommen lassen. Von daher bitten wir Sie, sich ein bisschen Zeit zu nehmen und den Fragebogen ehrlich und sorgfältig, wenn möglich mit Ihrem Kind zusammen, auszufüllen. Bitte schreiben Sie oder Ihr Kind alles so detailliert wie möglich auf, auch wenn manche Fragen Ihrer Meinung nach gar nichts mit Ihrem eigentlichen Anliegen zu tun haben. Diese können, vor allem aus Sicht der Osteopathie, trotzdem wichtig sein.

Wenn Sie eine Antwort nicht genau wissen, dann versuchen Sie diese bitte in Erfahrung zu bringen. Ansonsten schreiben Sie bitte „weiß ich nicht“ oder ein Fragezeichen in das entsprechende Feld. Was akut oder extrem wichtig für Sie/Ihr Kind ist, ergänzen Sie bitte mit einem „X“.

Des Weiteren bitten wir Sie, folgende Unterlagen, falls vorhanden, zum Termin mitzubringen:

- Diesen Anamnesebogen
- Aktuelle (Vor-)Befunde (z. B. Arztbriefe)
- Aktueller Medikationsplan
- Röntgen-/CT-/MRT-/Ultraschall-Bilder und den Befundbericht des Radiologen
- Gesundheitsausweise (z. B. Impfpass, Blutverdünner, Allergien, Diabetes, TEP)
- Vollmachten (z. B. Vorsorgevollmachten des Jugendamtes)
- Falls möglich, alle vorab von Ihnen angeforderten/heruntergeladenen Dokumente (z. B. Behandlungsvertrag, Datenschutzerklärung, Aufklärungsbögen)

Sehr gerne können Sie uns die Unterlagen Ihres Kindes auch vorher per Post zukommen lassen oder vorbeibringen, damit es bei dem Termin wirklich hauptsächlich um Ihr Kind geht und unsere Therapeuten sich im Vorfeld auf den Termin vorbereiten können. Bitte beachten Sie, dass Zusendungen per E-Mail und per WhatsApp-Business zwar möglich und sehr praktikabel sind, wir Ihnen hier aber den Datenschutz nur bedingt garantieren können.

Hinweis: Bitte passen Sie einige Fragen dem Alter Ihres Kindes an, indem Sie Fragen, welche nicht zutreffen, einfach durchstreichen oder frei lassen. Sprechen Sie bitte vorab mit Ihrem Kind, ob es einige persönlichere Fragen selbst beantworten möchte.

Alle patientenrelevanten Unterlagen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und möchten, dass Sie und vor allem Ihr Kind sich **endlich.besser.fühlen**.

Angaben des Kindes

Vorname:	Anschrift:
Nachname:	
Geburtsdatum:	Nationalität/Herkunft:
Aktuelles Gewicht: kg	Aktuelle Größe: cm
Kinderarzt (Anschrift + Telefon):	
Krankenkasse:	

Angaben der Mutter

Vorname:	Anschrift (falls abweichend):
Nachname:	
Geburtsdatum:	Nationalität/Herkunft:
Telefon/Mobil:	E-Mail:
Krankenversicherung:	

Angaben des Vaters

Vorname:	Anschrift (falls abweichend):
Nachname:	
Geburtsdatum:	Nationalität/Herkunft:
Telefon/Mobil:	E-Mail:
Krankenversicherung:	

Gemeinsames Sorgerecht: Ja Nein

Vollmacht vorliegend: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Welche Beschwerden des Kindes führen Sie zu uns? (Was? Wo? Seit wann?)

Wurden bereits Untersuchungen oder Therapien bezüglich der Beschwerden ihres Kindes durchgeführt?

Untersuchungen:

Therapien:

Bisher nicht

Von wem wurden die gerade erwähnten Untersuchungen und/oder die Therapien durchgeführt?

Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut Sonstige:

Medizinische Vorgeschichte Ihres Kindes

Hat/Hatte Ihr Kind folgenden Erkrankungen

Seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	Nein	Ja	
Herzkranzgefäßverengung, Herzinfarkt	Nein	Ja	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen	Nein	Ja	
Schlaganfall	Nein	Ja	
Durchblutungsstörungen	Nein	Ja	
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein	Ja	
Fettstoffwechselstörungen	Nein	Ja	
Tumorerkrankungen	Nein	Ja	
Lebererkrankungen	Nein	Ja	
Chronische Infektionskrankheiten	Nein	Ja	
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein	Ja	
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein	Ja	
Thrombose oder Lungenembolie	Nein	Ja	
Augenerkrankungen	Nein	Ja	
Psychische Erkrankungen	Nein	Ja	
Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen	Nein	Ja	
Operationen (z. B. Brüche, Narben)	Nein	Ja	
Unfälle (z. B. Auto oder Haushalt)	Nein	Ja	
Allergien oder Unverträglichkeiten	Nein	Ja	
Starke Gewichtsschwankungen	Nein	Ja	
Zahnprobleme oder kieferorthopädische Erkrankungen	Nein	Ja	
Urologische Erkrankungen	Nein	Ja	
Autoimmun- oder rheumatische Erkrankungen	Nein	Ja	
Erkrankungen des Verdauungstraktes	Nein	Ja	
Hormonelle Erkrankungen	Nein	Ja	
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	Nein	Ja	
Hautkrankheiten	Nein	Ja	
Durchgemachte Kinderkrankheiten	Nein	Ja	
Sonstiges	Nein	Ja	

Zähne & Kiefer

Leidet Ihr Kind unter folgenden Symptomen?

Zahnschmerzen	Verspannungen in Nacken und/oder Schulter
Empfindliche Zähne	Druck hinter den Augen und/oder in den Nebenhöhlen
Knirschen der Zähne	Kopfschmerzen (häufig in der Schläfenregion)
Zahnfleischantzündungen	Migräne
Zahnfleischbluten	Tinnitus
Schmerzen im Kiefer	Schwindel
Kieferknacken	

Sonstige Zahn-/Kiefer-Beschwerden:

Welches Füllmaterial (falls vorhanden) wurde für die Zähne verwendet?

Amalgam	Gold	Implantate	Kunststoff	Keramik
Sonstiges:				

Sind die Weisheitszähne noch vorhanden? Nein teilweise vollständig

Hat/Hatte Ihr Kind eine: Zahnsperre Beißschiene beides nicht

Wie ist das Verhältnis vom Oberkiefer zum Unterkiefer? (z.B. Überbiss)

Wann war Ihr Kind das letzte Mal bei einem Zahnarzt und warum?

Wann war Ihr Kind das letzte Mal bei einem Kieferchirurgen/Kieferorthopäden und warum?

Raucht Ihr Kind? Falls ja: Wie viel? nicht mehr seit:

Konsumiert Ihr Kind regelmäßig Alkohol? Falls ja: Wie viel?

Konsumiert Ihr Kind regelmäßig Drogen? Falls ja: Was und wie viel?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? (STIKO = Ständige Impfkommission)

Alle empfohlenen nach STIKO oder alle nach Empfehlung eines Arztes

Folgende Abweichungen von STIKO:

Gar keine

Medikamente

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind? (dauerhaft, bei Bedarf, im Notfall, Ergänzungsmittel)

Alternativ können Sie uns gerne den aktuellen Medikamentenplan Ihres Kindes einreichen.

Wirkstoff	Dosis	x - x - x	Darreichung	Seit
Beispiel.: Aspirin	100 mg	2 - 1 - 1	Tabletten	01.2021

Nehmen Sie:

Kontrazeptiva (empfangnisverhütende Mittel)?

Nein Ja

Seit wann? Nähere Angaben:

Antikoagulantien (Blutverdünner/Gerinnungshemmer)?

Nein Ja

Phytotherapeutika (pflanzliche Mittel)?

Nein Ja

Homöopathika?

Nein Ja

Wann war die letzte antibiotische Behandlung Ihres Kindes, womit und warum?

Nimmt oder nahm Ihr Kind Cortison über einen längeren Zeitraum? Wenn ja, seit wann, wie lange und warum:

Bitte teilen Sie uns Ihre Einschätzung über folgende Themen mit oder kreuzen Sie zutreffendes an:

Allgemeines Befinden

Durst:

Appetit:

Ernährung:

vegetarisch

vegan

Schlaf:

Nachtschweiß:

Müdigkeit:

Unkonzentriertheit:

Husten/Auswurf:

Magen / Darm:

Übelkeit / Erbrechen:

Sodbrennen:

Bauchschmerzen:

Stuhlgang:

Frequenz: / Tag

Beschaffenheit:

Aussehen:

Urin lassen:

Frequenz:

Aussehen:

Inkontinenz?

Nein

Ja

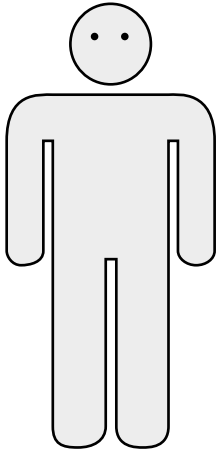
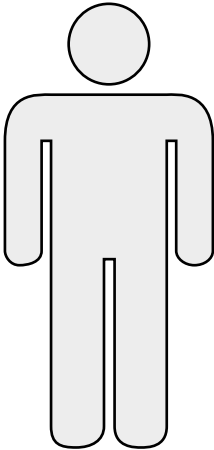
Schmerzanamnese

Tut Ihrem Kind etwas weh?

Nein Ja

Was tut Ihrem Kind wo genau weh?

Seit wann, bitte neben Ihrer Markierung in der Zeichnung schreiben.

vorne	hinten
	

Sind die Schmerzen Ihres Kind abhängig von irgendetwas (z. B. Uhrzeit, Tag, Bewegungen, Atmung)?

Nein

Ja

Anlaufschmerz?

Ruhschmerz?

Schmerzqualität

quälend

lähmend

heftig

Vernichtungsschmerz

dumpf

drückend

ziehend

stechend

pochend

brennend

kribbelnd

elektrisierend

krampfartig

kolikartig

Strahlt der Schmerz Ihres Kindes in eine andere Körperregion aus?

Nein

Ja, wohin:

Schmerzintensität von 0 - 10: 0 = keine Schmerzen – 10 = stärkste Schmerzen

Wie stark waren die Schmerzen Ihres Kindes in den vergangenen 4 Wochen?

gleichbleibend

nicht gleichbleibend

Wie stark sind die Schmerzen Ihres Kindes gerade aktuell?

Aktuelle Beobachtungen / Auffälligkeiten:

Einseitige Haltung des Kopfes?	Nein	Ja	rechts	links
Blickt Ihr Kind nur zu einer Seite?	Nein	Ja	rechts	links
Dreht Ihr Kind sich nur auf eine Seite?	Nein	Ja	rechts	links
Hat Ihr Kind eine angespannte Rückenmuskulatur?	Nein	Ja		
Liegt Ihr Kind wie eine C- Form auf dem Rücken?	Nein	Ja		
Arme werden gleichermaßen bewegt?	Ja	Nein	rechts weniger	links weniger
Beine werden gleichermaßen bewegt?	Ja	Nein	rechts weniger	links weniger
Gibt es/gab es Probleme bei der Hüftentwicklung?	Nein	Ja	rechts	links
Hat Ihr Kind einen abgeflachten Hinterkopf?	Nein	Ja		
Ist eine Kopfseite flacher oder der Schädel asymmetrisch?	Nein	Ja		
Hat/Hatte Ihr Kind haarlose Stellen am Kopf?	Nein	Ja		
Ist/War Ihr Kind ein sogenanntes „Schreibaby“?	Nein	Ja		
Hat/Hatte ihr Kind die „3 Monatskoliken“?	Nein	Ja		
Kann Ihr Kind gut auf dem Bauch liegen?	Nein	Ja		
Stützt Ihr Kind den Kopf häufig ab?	Nein	Ja	rechts	links
Schläft Ihr Kind gut ein? Wie lange dauert das Einschlafen?	Ja	Nein		min
Schläft Ihr Kind gut durch?	Ja	Nein, es wird		mal wach.
Nimmt Ihr Kind eine bestimmte Schlafhaltung ein?	Nein	Ja	rechts	links
Gibt/Gab es Fehlstellungen des Fußes?	Nein	Ja	rechts	links
Empfindlichkeiten am Nacken z.B. beim Anziehen?	Nein	Ja		
Leidet Ihr Kind unter vermehrtem Schwitzen?	Nein	Ja		
Gibt/Gab es Schwierigkeiten beim Stillen (z.B. einseitiges Trinken)?	Nein	Ja		
Schwierigkeiten beim Trinken/Essen	Nein	Ja, folgende:		
Häufige Infekte?	Nein	Ja, folgende:		
Schnarcht Ihr Kind nachts?	Nein	Ja		
Läuft Ihr Kind vermehrt auf den Zehenspitzen?	Nein	Ja		
Ist Ihr Kind eher ruhig und gelassen?	Nein	Ja		
Ist Ihr Kind eher lebendig/ hyperaktiv?	Nein	Ja		
Kann sich Ihr Kind gut konzentrieren?	Nein	Ja		
Zeigt Ihr Kind unangemessene Angstreaktionen?	Nein	Ja		
Ist Ihr Kind motorisch altersgerecht entwickelt?	Nein	Ja		
Ist Ihr Kind sensorisch altersgerecht entwickelt?	Nein	Ja		
Trägt Ihr Kind eine Brille?	Nein	Ja		
Trägt Ihr Kind Einlagen?	Nein	Ja		
Treibt Ihr Kind Sport?	Nein	Ja, folgenden:		

Familienanamnese:

Welche Vorerkrankungen gibt es in der Familie des Kindes? (z.B. genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüsen-Probleme, Herzleiden)

Eltern:			
Geschwister:			
Großeltern:			
Geburtsgröße:	cm	Dauer der Geburt:	Stunden
Geburtsgewicht:	Gramm	Schwangerschaftsdauer:	Wochen

gestillt nicht gestillt

Besonderheiten/Komplikationen vor/bei der Geburt Ihres Kindes:

Saugglocken/Zangengeburt	Nein	Ja	
Notfallkaiserschnitt	Nein	Ja	
Kristeller-Handgriff (Druck auf Gebärmutterdach)	Nein	Ja	
Zwillings-/Mehrlingsgeburt	Nein	Ja	Anzahl:
Geburtstrauma	Nein	Ja	
Frühgeburt	Nein	Ja	
Toxische Belastungen (z. B. Medikamente, Suchtmittel)	Nein	Ja	
War eine Cerclage (Gebärmutterhalsumschlingung) erforderlich?	Nein	Ja	
Lageprobleme des Kindes	Nein	Ja	
Schwangerschaftsdiabetes	Nein	Ja	
Häufige Harnwegsinfekte	Nein	Ja	
Vorzeitige Wehen	Nein	Ja	
Muttermundschwäche	Nein	Ja	
Sonstige Komplikationen während der Geburt	Nein	Ja	

Besonderheiten/Komplikationen nach der Geburt Ihres Kindes:

Lag bei Ihrem Kind eine Zyanose vor (Blaufärbung der Lippen)?	Nein	Ja	
Wie war die Schädelform danach?			
Gab es Gesichtsanomalien?	Nein	Ja	
Lagen Ödeme/Schwellungen vor?	Nein	Ja	
Lagen Schleimhautblutungen vor (Ekchymosen)?	Nein	Ja	
War Ihr Kind im Wochenbett normal entwickelt?	Ja	Nein, weil:	
Waren die Reflexe Ihres Kindes normal?	Nein	Ja	
Konnte das Kind von Anfang an Saugen?	Nein	Ja	
Benötigte das Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel?	Nein	Ja	
Wie waren die Apgar-Werte?			
Sonstige Besonderheiten?			

Sozialanamnese:

Haben Sie besondere Emotionen/Verhaltensweisen Ihres Kindes wahrgenommen? (z. B. oft müde, wütend, traurig, gestresst, ...)

Schleicht Ihr Kind (zeitweilig/permanent)?

Nein Ja

Spuckt Ihr Kind?

Nein Ja:

Krabbelt Ihr Kind?

Nein Ja

Wie verlief das Gehen lernen?

Wie verlief das Sprechen lernen?

Besondere Angewohnheiten (z.B. Kratzen, Kopfschlagen)?

Nein Ja:

Leidet Ihr Kind an Bettnässen?

Nein Ja

Verläuft das Wachstum normal?

Nein Ja

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

Nein Ja

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie?

Nein Ja

Wenn Ja: In welcher Therapie (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie), seit wann und warum?

Wie ist die Freizeitgestaltung Ihres Kindes?

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit **Lesen**?

Std./Woche

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit **Draußen spielen**?

Std./Woche

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit **Fernseher/Computer/Handy**?

Std./Woche

Wieviel Zeit verbringt die **Mutter** mit dem Kind?

Std./Woche

Wieviel Zeit verbringt der **Vater** mit dem Kind?

Std./Woche

Welches Elternteil ist die Hauptbezugsperson?

Mutter Vater

Der Freundeskreis meines Kindes ist:

groß klein mir unbekannt

Hat Ihr Kind Hobbys?

Nein Ja

Hat Ihr Kind derzeit einen festen Freund/eine feste Freundin?

Nein Ja, seit

Welche Schulform/Kitaform besucht Ihr Kind?

Nur für Mädchen ab der Pubertät:

			Seit wann? Nähere Angaben:
Hat Ihre Tochter bekannte gynäkologische Erkrankungen?	Nein	Ja	
Ist Ihre Tochter momentan schwanger?	Nein	Ja	Woche
Hat Ihre Tochter momentan Ihre Periodenblutung?	Nein	Ja	
Wenn ja: Hat Sie Beschwerden dabei?	Nein	Ja	
Hat Ihre Tochter Ihre Periodenblutung regelmäßig?	Nein	Ja	
Wie alt war Ihre Tochter bei der ersten Periodenblutung?			
Hat Ihre Tochter häufiger Blasenentzündungen?	Nein	Ja	/ Jahr
Hat Ihre Tochter Libido-Störungen?	Nein	Ja	
Hat Ihre Tochter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	Nein	Ja	Bisher keinen gehabt

Nur für Jungs ab der Pubertät:

			Seit wann? Nähere Angaben:
Hat Ihr Sohn bekannte urologische Erkrankungen?	Nein	Ja	
Hat Ihr Sohn Probleme (z.B. brennen) beim Wasserlassen?	Nein	Ja	
Hat Ihr Sohn Potenzstörungen oder Libido-Störungen?	Nein	Ja	
Hat Ihr Sohn Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	Nein	Ja	Bisher keinen gehabt

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Three empty light blue rectangular boxes for additional information.

Vielen Dank, dass Ihr Kind und Sie sich die Zeit für diesen sehr ausführlichen Anamnese-Fragebogen genommen haben.

Wir freuen uns Ihr Kind und Sie kennenzulernen und begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis zu Ihrem Termin!