

Anamnesebogen Jugendlicher

Name:

Vorname:

geboren am:

in:

Name des Erziehungsberechtigten:

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viele Informationen wie möglich über Ihr Kind und sein Lebensumfeld zu erhalten. Die meisten Informationen stehen im gelben Vorsorgeuntersuchungsheft Ihres Kindes. Sollten Sie nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet auch ein persönliches Gespräch statt um noch offene Fragen zu klären.

1. Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt.
(Beckenschiefstand, Skoliose, etc.)

Ja

Nein

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt

Ja

Nein

wer:

2. Schwangerschaft/ Kind:

Anzahl:

Alter der Mutter bei der Geburt:

Jahre

Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVS):

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotikum, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer etc.):

Gab es extreme Stressphasen/ psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?

Ja

Nein

Entbindung in der

Geburtsgewicht:

Apgar: ____/____

Schwangerschaftswoche

g Länge: cm

pH- Wert Nabelschnur:

3. Geburt

spontan:

Ja

Nein

eingeleitet:

Ja

Nein

wenn ja, mit was (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.):

Kaiserschnitt: Ja Nein

wenn ja, geplant/ sekundär wegen Geburtstillstandes:

Lage des Kindes (Schädellage/ Beckenendlage/ Sterngucker):

Dauer der Geburt von der ersten Wehe bis zum ersten Schrei:

Anzahl der Presswehen (ca.):

PDA/ Spinalanästhesie:

Ja

Nein

Es wurden Hilfsmittel (Zange/ Saugglocke) verwendet:

Ja

Nein

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt
(Kristeller- Handgriff)?

Ja

Nein

War die Nabelschnur verschlungen?

Ja

Nein

wenn ja, wo/ worum:

sonstige Komplikationen?

4. nach der Geburt:

das Kind hat sofort geschrien:

Ja

Nein

das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt:

Ja

Nein

Dauer des stationären Aufenthaltes:

das Kind hat eine Lichttherapie bekommen:

Ja

Nein

wenn ja, wie viele Tage?

Wärmebettchen, Brutkasten, Intensivstation?

Ja

Nein

wenn ja, warum?

Wurde das Kind beatmet?

Ja

Nein

___Tage

Medikamente:

Ja

Nein

welche:

5. Auffälligkeiten:

Gab es Stillschwierigkeiten?

Ja

Nein

welche:

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| Bäuerchen kam schwer: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen/ Stuhlgang kommt schlecht: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| Kind erbricht die letzte Mahlzeit: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| abendliche Unruhe: | Ja
<input type="checkbox"/>
_____ Stunden | Nein
<input type="checkbox"/> |
| unstillbares Schreien: | Ja
<input type="checkbox"/>
_____ Stunden | Nein
<input type="checkbox"/> |
| wie lange schlief Ihr Kind auf 24 Stunden gesehen? | _____ Stunden | |

6. Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges:

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| sofort nach der Geburt: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| erst später sichtbar: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| Köpfchen ist abgeflacht:
wo: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt: | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |
| das Baby schaut(e) nur nach | rechts
<input type="checkbox"/> | links
<input type="checkbox"/> |
| bevorzugt eine Brust | rechts
<input type="checkbox"/> | links
<input type="checkbox"/> |
| dreht(e) sich nur nach einer Seite | rechts
<input type="checkbox"/> | links
<input type="checkbox"/> |
| bewegt(e) beide Arme gleich | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> |

Fragenkomplex ab 12. Lebensjahr

Alters- bzw. Situationsabhängig kann der Fragenkomplex vom Jugendlichen selbst ausgefüllt und zur Erstbehandlung mitgebracht werden.

7. Schlaf und Schlafverhalten:

Bist du übermäßig müde?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du trotz Schlaf unausgeruht?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfst du regelmäßig unruhig?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Schlaflosigkeit?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfst du schwer ein?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du häufig nachts wach?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Allgemeinbefinden , psychische Verfassung

Fühlst du dich antriebslos?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlst du dich übermäßig aktiv und innerlich unruhig?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du überwiegend schlecht gelaunt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht regelmäßig Angst? (Schule, Dunkelheit?)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Haltung/ Bewegung

Fallen dir statische Veränderungen auf? (Füße, Beine,Rücken)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wo _____

Werden die Füße/ Beine gedreht?	<input type="checkbox"/> nach außen	<input type="checkbox"/> nach innen
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Knicken die Füße ein oder senkt sich das Fußgewölbe ab?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermehrte X-oder O-Beine?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermehrter Rundrücken, seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Häufiges „schlurfen“, umknicken, stolpern?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bist du früher häufig hingefallen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sportliche Aktivitäten und Spiel

Treibst du Sport?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wie oft/ Woche? _____ mal

11. Schule

Gibt es Probleme beim Lernen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben? (Schreibkrampf, Schriftbild)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathematik (Textaufgaben)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik (schneiden, basteln)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Tafelbildern?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration? (Hausaufgaben, Arbeiten)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ernährung

Hältst du deine Ernährung für ausgewogen? (Obst, Gemüse, Salat)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst du regelmäßig?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Fastfood-Konsum?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeitskonsum?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tägliches Naschen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkst du auch Wasser?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. IT, TV, Spielkonsolen etc.

täglich bis zu einer Stunde	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis zu zwei Stunden	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
länger	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Traumata

Gab es im Laufe deines Lebens		
Unfälle, Stürze?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüche?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung, Scheidung, Tod, schwerer Unfall?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Sonstige Erkrankungen:

Hast oder hattest Du regelmäßige Mittelohrentzündungen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Erkältungen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmest du regelmäßig durch den Mund?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Kiefergelenksprobleme?	Ja	Nein

Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein
Gibt es regelmäßig auftretende Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein
wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestanden oder bestehen schwere Krankheiten? Herz- Kreislauf-System?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den klassischen Kinderkrankheiten abweichende Infektionskrankheiten?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen? (Diabetes mellitus..)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?		
Besteht eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welcher Zielsetzung?		

16. bisherige Therapie:

17. Adresse, Telefonnummer des Hausarztes:

18. Sonstige Informationen:

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:
