

Anamnesebogen Säugling

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

Länge: cm

g
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 Geburtsstillstandes:

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	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
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"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
		_____ Stunden		
unstillbares Schreien:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
		_____ Stunden		
das Baby überstreckt sich	Ja	<input type="checkbox"/>	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:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wo:				
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 beide Arme gleich	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>



7. Sonstige Erkrankungen: (Mittelohrentzündung, Neurodermitis, Allergien etc.)

8. Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes:

9. Adresse und Telefonnummer der Hebamme:

10. Sonstige Informationen:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: