

Anschrift der Praxis

## Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder

### Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich  weiblich   
Geburtsdatum:  
Name: Vorname:  
Anschrift:

### Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

---

Tel. (privat):

Handy:

Name des Hausarztes/ Therapeuten:

---

Anschrift des Hausarztes/ Therapeuten:

---

### Angaben zum Kind:

aktuelle Körpergröße: cm  
aktuelles Körpergewicht: kg

### Entwicklung des Kindes:

#### **Verlauf der Schwangerschaft:**

Gab es emotionalen Stress?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Stürze oder Unfälle?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Übelkeit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Komplikationen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - kurze Beschreibung:

---

#### **Informationen zur Geburt:**

Spontangeburt	<input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>
Einsatz einer Saugglocke	<input type="checkbox"/>
Einsatz einer Geburtszange	<input type="checkbox"/>

Geboren in SSW: in der Woche  
Wurde die Geburt eingeleitet? Nein

Ja  - welche Art  
(Wehenmittel etc.)?

---

Medikamente während des Geburtsvorgangs? Nein

Ja  - welche Art (PDA etc.)?

---

Körperhaltung während des Geburtsvorgangs:  
Hockend  Liegend

Andere Haltung:

---

Dauer der Geburt: ca.      Stunden

Traten während der Geburt Komplikationen auf?

Nein

Ja  - welche? Kurze Beschreibung

---

**Nach der Geburt:**

Das Kind hat nach der Geburt  
geschrien? Nein

Ja

Das Kind hat spontan die Brust  
gesucht? Nein

Ja

Fand Hautkontakt statt? Nein

Ja

Trennung von Mutter und  
Kind? Nein

Ja , weil

---

Verformung des Kopfes? Nein

Ja

**Die ersten Monate:**

Das Kind wurde gestillt? Nein

Ja  -      Monate

Gab es Probleme beim Stillen? Nein

Ja  - Beschreibung:

---

Gab es beim Kind eine  
Lieblingsseite beim Stillen? Nein

Ja  - welche?

Flaschennahrung  
Zugefüttert ab dem      Monat

Ja  - ab dem      Monat

Dreimonatskoliken Nein

Ja

Verdauungsprobleme Nein

Ja  - Beschreibung: