

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHREM KIND

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

Geschlecht  m  w  d

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name Hausärztin/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Anschrift Hausärztin/Hausarzt

### ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHNEN - WIE KÖNNEN WIR SIE ERREICHEN?

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

### WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht

kg

\_\_\_\_\_  
Hobbies

\_\_\_\_\_  
Größe

cm

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### KINDESENTWICKLUNG

Informationen zur Geburt

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SPONTANGEBURT                | <input type="checkbox"/> KOMPLIKATIONEN WÄHREND DER GEBURT - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> KAISERSCHNITT                |  |
| <input type="checkbox"/> ZANGENGEBURT ODER SAUGGLOCKE | <input type="checkbox"/> BESONDERHEITEN NACH DER GEBURT z.B. HÄMATOME<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> LANGWIERIGE GEBURT           |  |
| <input type="checkbox"/> SCHNELLE GEBURT              |  |

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASYMMETRIEN DES KOPFES      | <input type="checkbox"/> SCHULTERLUXATION                                       |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNGEN DES KÖRPERS | <input type="checkbox"/> KOLIKEN  |
| <input type="checkbox"/> SCHIELEN                    | <input type="checkbox"/> OHRENENTZÜNDUNGEN                                      |
| <input type="checkbox"/> AUGENSENKUNG                | <input type="checkbox"/> MOTORISCHE AUFFÄLLIGKEITEN - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> HÜFTDYSPLASIE               |   |
| <input type="checkbox"/> GELBSUCHT                   | <input type="checkbox"/> ANDERE SCHWERE INFEKTIONEN - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> TRINK/SCHLUCKSTÖRUNG        |   |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNG DES KOPFES    | <input type="checkbox"/> KRABELTE IHR KIND?<br>_____                            |
| <input type="checkbox"/> TRÄNENKANALVERSCHLUSS       |   |

### KRANKENGESCHICHTE

Traumata und Unfallhistorie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KOPF-VERLETZUNGEN            | <input type="checkbox"/> FUSS-, KNIELUXATIONEN  |
| <input type="checkbox"/> KNOCHENBRÜCHE                | <input type="checkbox"/> AUTO-, FAHRRAD-UNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> SPORTUNFÄLLE                 | <input type="checkbox"/> SONSTIGES<br>_____     |
| <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF BECKEN/STEISSBEIN |   |

Weitere Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ATEMORGANE (NASE, RACHEN, BRONCHIEN, LUNGE) |   |
| <input type="checkbox"/> HERZ/KREISLAUF                              | <input type="checkbox"/> MENSTRUATIONSBESCHWERDEN |
| <input type="checkbox"/> VERDAUUNGSORGANE                            | <input type="checkbox"/> UROGENITALORGANE         |
| <input type="checkbox"/> BLASE/NIERE                                 | <input type="checkbox"/> SONSTIGES<br>_____       |
| <input type="checkbox"/> WIRBELSÄULE-, GELENKSCHMERZEN               |   |

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### WEITERE ALLGEMEINE FRAGEN

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

JA  NEIN

Wenn JA, wann, was und wie wurde operiert?

---



---



---

Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

---



---



---

War/Ist Ihr Kind in zahn- / kieferorthopädischer  
Behandlung?

JA  NEIN

Trägt Ihr Kind eine Brille?

JA  NEIN

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme?

JA  NEIN

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

JA  NEIN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

JA  NEIN

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentration-  
probleme?

JA  NEIN

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind **täglich**  
intensiv die Augen (z.B.: durch Lesen, Fernseher,  
Computer, Smartphone...)?

---



---

Welche Thearprien bekommt Ihr Kind zur Zeit  
(z.B.: Ergotherapie, Logopädie,...)?

---

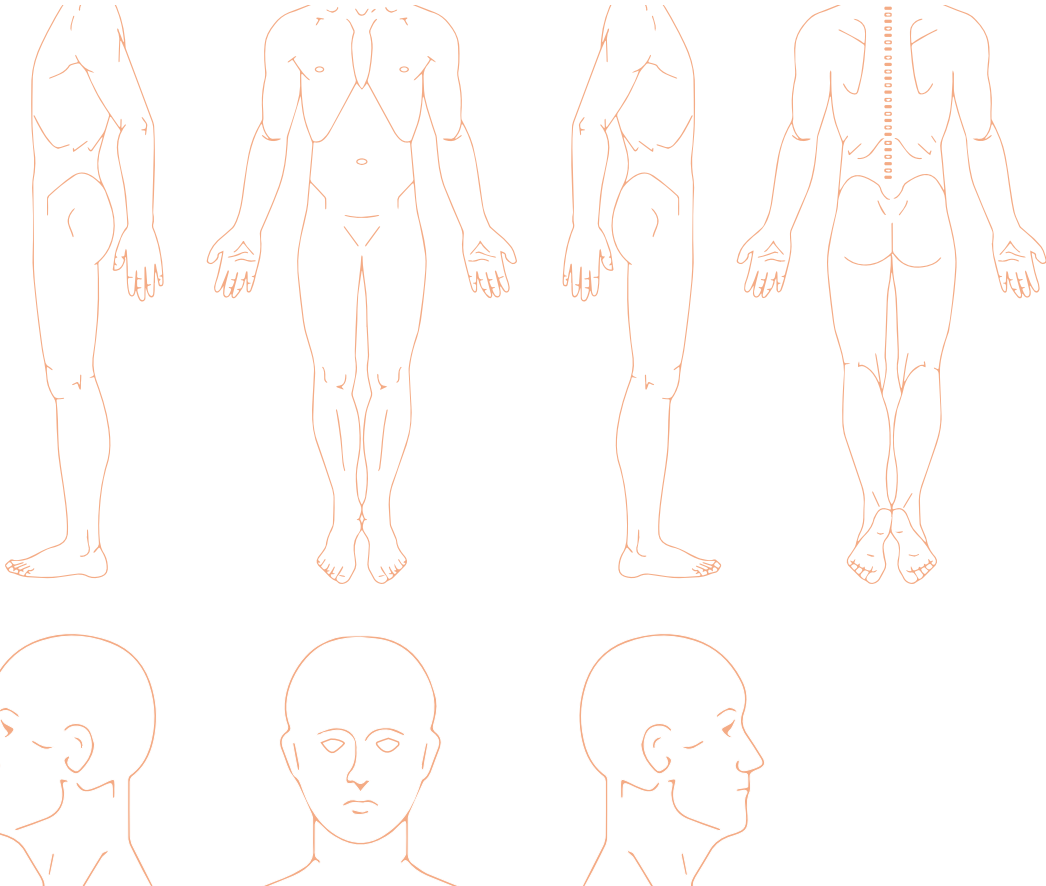


---

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### WO HAT IHR KIND AKTUELL BESCHWERDEN?

Markieren Sie den genauen Schmerzort Ihres Kindes



images: www.synchronchirocare.com

### SCHÄTZEN SIE DIE SCHMERZEMPFINDUNG IHRES KINDES

Fläche der Schmerzausstrahlung – schätzen Sie die Schmerzempfindung Ihres Kindes auf einer Skala von 1 bis 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>schwach</b>			<b>mittel</b>				<b>sehr stark</b>		
Kaum spürbarer Schmerz							stärkster vorstellbarer Schmerz		

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### AKTUELLE BESCHWERDEN IHRES KINDES

Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden?

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

---

(z.B.: Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.)

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert?

JA

Wenn JA, inwiefern?

---

NEIN

---

Wie oft hat Ihr Kind die Schmerzen?

IMMER

MEHRMALS AM TAG

SELTEN

WÖCHENTLICH

Wann hat Ihr Kind die Schmerzen?

AM TAG

NACHTS

IN RUHE

BEI BELASTUNG

IM LIEGEN

BEIM AUFSTEHEN

NACH DEM ESSEN

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

BEWEGUNG

RUHE

WÄRME

KÄLTE

Wie ist das Schmerzempfinden?

ZIEHEND

BOHREND

BRENNEND

STECHEND

KLOPFEND

DRÜCKEND

KRABBELND

REISSEND

KOLIKARTIG

KRAMPFEND

DUMPF

BEENGEND

Hat Ihr Kind andere Symptome zum Schmerz?

HAUTRÖTUNG

BLÄSSE

SCHWELLUNG

BERÜHRUNGS-  
EMPFINDLICHKEIT

TAUBHEITSGEFÜHL

KRIBBELN

SCHWEISS-  
BILDUNG

SEH- ODER  
HÖRSTÖRUNGEN

GANG-  
UNSICHERHEIT

KOORDINATIONS-  
STÖRUNGEN

MUSKELSCHWÄCHE

MÜDIGKEIT

SCHWINDEL

BEWEGUNGS-  
EINSCHRÄNKUNG

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### AKTUELLE BESCHWERDEN IHRES KINDES

\_\_\_\_\_

Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### KRANKENGESCHICHTE

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, die Ihr Kind durchgemacht hat.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UM IHNEN ZEIT UND GELD ZU ERSPAREN, KÖNNEN SIE, WENN SIE WOLLEN, DAS FORMULAR GLEICH AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN ZUR ERSTBEHANDLUNG MITBRINGEN. ODER WIR ERLEDIGEN DIES SONST GEMEINSAM IN DER PRAXIS.**

\_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen CRANIO<sup>19</sup> empfohlen?

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten