

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?
_____ |
| <input type="checkbox"/> KAISERSCHNITT | |
| <input type="checkbox"/> ZANGENGEBURT ODER SAUGGLOCKE | <input type="checkbox"/> BESONDERHEITEN NACH DER GEBURT z.B. HÄMATOME
_____ |
| <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?
_____ |
| <input type="checkbox"/> HÜFTDYSPLASIE | |
| <input type="checkbox"/> GELBSUCHT | <input type="checkbox"/> ANDERE SCHWERE INFEKTIONEN - WENN JA, WELCHE?
_____ |
| <input type="checkbox"/> TRINK/SCHLUCKSTÖRUNG | |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNG DES KOPFES | <input type="checkbox"/> KRABBELTE IHR KIND?
_____ |
| <input type="checkbox"/> TRÄNENKANALVERSCHLUSS | |

KRANKENGESCHICHTE

Traumata und Unfallhistorie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KOPFVERLETZUNGEN | <input type="checkbox"/> FUSS-, KNIELUXATIONEN |
| <input type="checkbox"/> KNOCHENBRÜCHE | <input type="checkbox"/> AUTO-, FAHRRADUNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> SPORTUNFÄLLE | <input type="checkbox"/> SONSTIGES
_____ |
| <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
_____ |
| <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

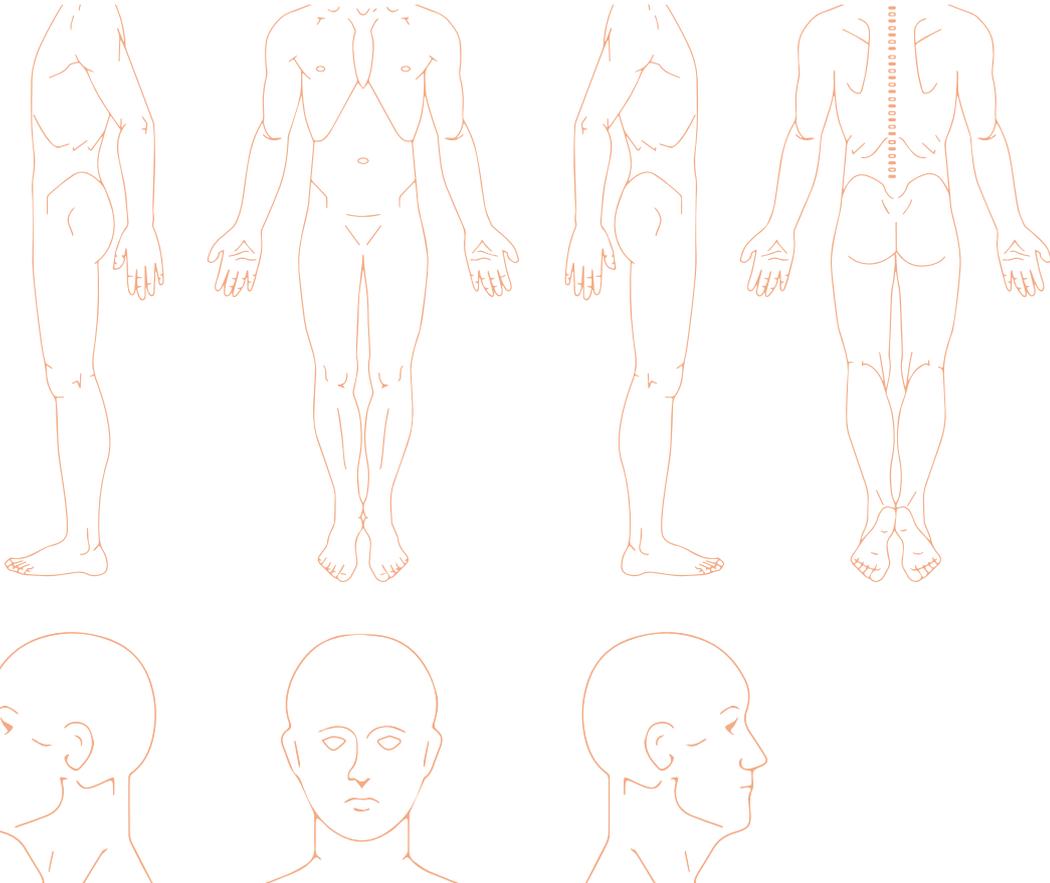
Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind **täglich**
intensiv die Augen (z.B.: durch Lesen, Fernseher,
Computer, Smartphone...)?

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

schwach
Kaum spürbarer
Schmerz

mittel

sehr stark
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 CRANIO¹⁹ empfohlen?

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten