

Anamnesebogen

Name: Vorname:

Anschrift:

männlich: weiblich:

Geburtsdatum:

Familienstand

ledig: verheiratet: geschieden: getrennt lebend: verwitwet:

Kinder nein: ja, Anzahl: Alter:

Tel. (privat): Tel. (geschäftl.):

Mobil:

Beruf/Firma/Behörde:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen [\(Bei Kindern/Jugendlichen bitte ab Seite 5 weiter ausfüllen\)](#)

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat): Tel. (geschäftl.):

Name und Anschrift des Zuweisers (Hausarzt/Kieferorthopäde/Kinderarzt etc.):

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: kg

aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher:

Raucher:

Information zur Geburt

Spontangeburt:
Kaiserschnitt:
Zangengeburt:
Saugglockengeburt:
Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben

Verletzungen (auch aus der Kindheit)

Unfälle:
Knochenbrüche:
Kopfverletzungen:
Stürze:
Sportunfälle:

Neigen Sie zu Stürzen/Umknicken mit dem Fuß?

Ja: nein:

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Bluthochdruck: Gicht:
Diabetes: Gefäßerkrankungen:
Osteoporose: Rheuma:

Allergien – wenn ja, welche:

Unverträglichkeiten - wenn ja, welche:

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

Gehirn: Nervensystem:
Lunge: Magen-Darm-Trakt:
Nieren: Blase:
Leber: Gebärmutter:
Galle: Herz:
Bauchspeicheldrüse: Schilddrüse:

Haben Sie Probleme beim

Stuhlgang: Wasserlassen:

Leiden Sie häufig unter

Durchfall: Verstopfung:
Nervöser Magen: Blähungen:

Leiden Sie unter

Schlafstörungen: Konzentrationsschwäche:
Gereiztheit: Stimmungsschwankungen:
Unruhe: Arbeitsproblemen:

Angstgefühlen:
Überforderung:
Stress:

Leistungsabfall:
Familienprobleme:
andere Probleme:

Fragen an Frauen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

Nein:

Ja-welche?

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

Nein:

Ja, wenn ja – in welchem Abstand?

Nehmen Sie Hormone/Pille?

Nein

Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben:

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA)

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben

Allgemeine Fragen zum Lebensstil

Essgewohnheit:

Vegan: vegetarisch: Allesesser: überwiegend Fastfood:
besondere Diät, welche:

Trinkgewohnheit- ich trinke ca. Liter am Tag

Trinken Sie Alkohol?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben wie oft

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? Z.B. Unfälle/Erkrankungen Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

Vollnarkose: Teilnarkose: PDA (Rückennarkose):

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

Ihre aktuellen Beschwerden

Wo befinden sich Ihre Beschwerden?

(bitte beschreiben Sie den Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung)

Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwach sehr stark

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis? (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.) Bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

Nein:

Ja – bitte kurz beschreiben

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Immer:

Mehrmals am Tag:

wöchentlich:

seltener:

Wann treten die Schmerzen auf?

tagsüber:
nachts:
im Liegen:
im Ruhezustand:

bei Belastung:
beim Aufstehen:
nach dem Essen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)

Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

Schwellungen:
Taubheitsgefühl:
Kribbeln:
Hautrötungen:
Blässe:
Seh- oder Hörstörungen:
Sonstiges – bitte kurz beschreiben

Schweißbildung:
Schwindel:
Berührungsempfindlichkeit:
Muskelschwäche:
Bewegungseinschränkungen:
Koordinationsstörungen:

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? – bitte kurz beschreiben

Fragebögen Säuglinge/Kinder/Jugendliche

Derzeitige Hauptbeschwerden / Grund Ihres Besuches?

Welche Untersuchungen oder Therapien wurden bisher schon durchgeführt?

Familienanamnese

Erkrankungen der Eltern:

Frühere Schwangerschaften/Entbindungen:

Bekannte Gen-Schädigungen oder neurologische Erkrankungen:

Medikamente/Suchtmittel während der Schwangerschaft:

Chronische Wirbelsäulenerkrankungen der Eltern:

Schwangerschaftsverlauf

Gab es organische Probleme während der Schwangerschaft:

Gab es Wirbelsäulenprobleme während der Schwangerschaft:

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft:

Medikamente/Suchtmittel während der Schwangerschaft:

Toxische Belastungen während der Schwangerschaft:

Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren:

War eine Cerclage erforderlich:

Gab es Lageprobleme des Kindes/Drehungen:

War der Eintritt des Kindes ins Becken zeitgerecht:

Entbindung

Zeitpunkt/Schwangerschaftswoche:

War es eine normale Geburt:

War es ein Kaiserschnitt:

War es eine Zangengeburt/Saugglockengeburt:

Wurden Wehenmittel eingesetzt oder eine PDA:

Nach der Geburt

Lag eine Zyanose vor (Blaufärbung Lippen, o-Ä.):

Wie war die Schädelform:

Gab es Gesichtsanomalien:

Lagen Ödeme/Schwellungen vor:

Lagen Schleimhautblutungen vor (Ekchymosen):

Waren die Reflexe normal:

Konnte das Kind von Anfang an saugen:

Benötigte das Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel:

Wie waren die Apgar-Werte:

Entwicklung des Kindes

Gab es Asymmetrien nach der Geburt: Wenn ja, wie lange bestanden Sie:

Schleicht das Kind (zeitweilig/permanent):

Hat das Kind eine bevorzugte Lage beim Schlafen/Stillen:

Wie ist das Schlafverhalten:

Gibt es ein auffälliges Zittern oder Muskelreizungen:

Saugt und schluckt das Kind normal:

Spuckt das Kind: wenn ja, wann, wie oft und wie:

Hat das Kind besondere Angewohnheiten (z.B. Kratzen, Kopfschlagen, usw.):

Haben sich die Fontanellen termingerecht geschlossen:

Hat der Schäeldurchmesser regelmäßig zugenommen:

Lutscht das Kind häufig am Daumen:

Sind die Zähne zeitgerecht durchgebrochen:

Ist das Verhältnis von Oberkiefer zu Unterkiefer harmonisch:

Benutzt das Kind beide Arme und Beine gleichmäßig:

Krabbelt das Kind:

Wie verlief das Gehen lernen:

Wie verlief das Sprechen lernen:

Leidet das Kind an Bettnässe:

Nimmt das Kind Medikamente / welche:

Entwicklung des Kindes

Information zur Geburt

Spontane Geburt:

Kaiserschnitt:

Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf:

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Welche der folgenden Angaben treffen/trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu?

Schulterluxation:

Schiefhaltung:

Schiefhaltung des Kopfes:

Hüftdysplasie:

Trink-/Schluckstörungen:

Tränenkanalverschluss:

Koliken:

Asymmetrie des Kopfes:

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten:

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Nein:

Ja- ab welchem Monat:

Angaben zur Krankengeschichte:

Kopfverletzungen:

Stürze auf Becken/Steißbein:

Knochenbrüche:

Sportunfälle:

Fuß- oder Knieluxationen:

Auto-/Fahrradunfall:

Sonstiges (bitte kurz beschreiben):

Weitere Erkrankungen

Herz-/Kreislaufbeschwerden:

Blasen/Niere:

Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen):

Menstruationsbeschwerden (Mädchen):

Verdauungsorgane: Urogenitalorgane (Jungen):

Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen:

Sonstiges (bitte kurz beschreiben):

Wurde Ihr Kind operiert?

Nein:

Ja- bitte genaue Angaben (warum, was, wann und wie):

Befand /befindet sich Ihr Kind in Zahn-/kieferorthopädischer Behandlung?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben warum:

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Nein:

Ja: seit wann:

warum:

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

Nein:

Ja: bitte kurz beschreiben:

Ohrenentzündungen:

Gelbsucht:

Schielen:

Augensenkung:

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen:

Nein:

Ja: in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (Druckschmerz oder stechende Schmerzen) bitte kurz beschreiben

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

Nein:

Ja:

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernsehen, Computer, Smartphone, o.Ä.?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:

Nein:

Ja: welche:

Befindet sich Ihr Kind zu Zeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie, o.Ä.)?

Nein

Ja: in welcher Therapie, seit wann und warum:
