

Dr. Lutz Erik Koch

Dammtorstrasse 27

20354 Hamburg

Tel.: 040 - 350 18 420

Fax.: 040 - 350 18 546

Anamnesefragebogen

Für: geb.:

Sehr geehrte Eltern,

ergänzend zur Fallaufnahme geben ich Ihnen hier eine Liste von Fragen, die mir helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Wenn Sie einzelne Fragen, die Sie auf diesem Bogen finden, nicht oder nur unvollständig beantworten können; das ist nicht weiter problematisch. Je mehr Sie erinnern, umso besser. Wo Sie sich aber nicht sicher sind, machen Sie ruhige ein Fragezeichen oder lassen Sie es einfach aus. Wenn Sie noch zusätzliche Bemerkungen haben, machen Sie bitte Notizen am Rand, damit wir darüber sprechen können.

Zur Familie:

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt ja / nein bei wem?
(z.B. Skoliose, Missbildungen, Beinverkürzung)
Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz ja / nein wer?
(z.B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne)
Geschwister wurden schon hier vorgestellt ja / nein

Schwangerschaft: wievielte Alter der Mutter bei Geburt:Jahre

Dauer in Wochen _____ Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm
Fehl- / Querlage ja / nein welche?

Die Geburt:

Dauer: Std. _____ Mehrling? ja / nein
Die eigentliche Geburt (Presswehen) dauerte in Stunden: _____
Es wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet ja / nein wenn ja, welche?
Die Geburt war ein Kaiserschnitt ja / nein warum?
Kam es zu Geburtsverletzungen ja / nein welche?

Auffälligkeiten des Säuglings (im ersten Lebensjahr):

Das Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt ja / nein
Das Kind hat (hatte) einen schiefgehaltenen Kopf ja / nein re / li
Das Kind liegt (lag) in einem Bogen, wie ein C? ja / nein re. / li.
Das Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung ja / nein re. / li.
Das Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung ja / nein re. / li.
Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf ja / nein
Das Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen ja / nein
Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen ja / nein
Das Kind schläft (schief) gut ein ja / nein Einschlafdauer?
Das Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach ja / nein wie oft?
Es wird (wurde) eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen ja / nein welche?

Beim Stillen gibt (gab) es an einer Seite Schwierigkeiten	ja / nein	an welcher?
Es sabbert viel oder spuckt oft (früher)	ja / nein	
Wir haben (hatten) ein "Schreikind"	ja / nein	
Es hat "Drei-Monats-Koliken" (gehabt)	ja / nein	länger?
Das Baby trinkt / isst wenig oder schlecht	ja / nein	
Unser Kind ist (war) empfindlich am Nacken	ja / nein	(z.B. beim Anziehen)
rauft sich öfters die Haare	ja / nein	

Sonstige Gesundheitsprobleme:

Unser Kind leidet an	Rachenwegsinfekten	ja / nein	
	Neurodermitis	ja / nein	Seit wann?
	Allergien	ja / nein	Welche?
	Kopfschmerzen	ja / nein	wie oft pro Woche?
	Neurologischen Erkrankungen	ja / nein	an welchen?
Unser Kind	trägt eine Brille	ja / nein	seit wann?
	hat oft den Mund offen	ja / nein	

Entwicklungsverzögerungen:

Haltung und Bewegung	ja / nein
Sprache und Verständnis	ja / nein
Konzentration, soziale Fertigkeiten	ja / nein

Asymmetrie, Fehlhaltung:

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen	ja / nein	
Wir haben das erst später gesehen	ja / nein	wann?
Wir wurden darauf aufmerksam gemacht (Arzt, Hebamme, Krankengymnastik)	ja / nein	von wem?

Uns fiel besonders folgendes auf:

(schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung etc.)

Das Baby	schaut(e) nur nach rechts / links	ja / nein	
	dreht(e) sich nur nach rechts / links	ja / nein	
	bewegt beide Arme gleich	ja / nein	welchen weniger?
	bewegt beide Beine gleich	ja / nein	welches weniger?
Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner	ja / nein	rechts / links ?	
Der Hinterkopf ist einseitig flacher	hat ein haarloses Gebiet	ja / nein	rechts / links ?
		ja / nein	rechts / links ?

Sonstige Bemerkungen:

Stillen: ja/nein Dauer: _____ Monate