

# Osteopathie Heike Dofka

## 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  Ja   
Stürze oder Unfälle? Nein  Ja   
Übelkeit? Nein  Ja   
Komplikationen Nein  Ja  - kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

---

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

Spontangeburt   
Kaiserschnitt   
Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange   
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 ab dem      Monat  
Zugefüttert Nein  Ja  - ab dem      Monat  
Dreimonatskoliken Nein  Ja   
Verdauungsprobleme Nein  Ja  - Beschreibung:

Spuckkind	Nein <input type="checkbox"/>	
Schreikind	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung:

**Altersgerechte Entwicklung:**

Hebt den Kopf in Bauchlage	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Dreht sich von Bauch – in Rückenlage und zurück	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Hält den Kopf selbst, wenn es zum Sitzen hochgezogen wird?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Sitzt ohne Unterstützung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Robbt und krabbelt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt
Zieht sich an Möbeln hoch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - seit es ist	Monate alt

Bitte um Vorlage des Vorsorgehefts.

**Sonstige Angaben:**

Gab es Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter:
----------------------	-------------------------------	--

Benötigt das Kind Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - welche?
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Gab es Stürze oder Unfälle?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter?
-----------------------------	-------------------------------	--

Wurde das Kind operiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - Beschreibung/ Alter?
--------------------------	-------------------------------	--

Wurde das Kind geimpft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gab es Impfreaktionen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - welche?

Sonstige Auffälligkeiten (z.B. leicht schreckhaft, oft abwesend etc.) – kurze Beschreibung:

---



---



---

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**