

Sofia Wyrzykowski, Osteopathie, Breitenweg 3, 28195 Bremen

## 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  
Zugefüttert? Nein  ab dem      Monat

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!**