

## Fragebogen für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen

### **Diese Angaben werden vertraulich behandelt!**

*Bitte füllen Sie diesen Bogen soweit Sie können aus. Sie helfen uns bei der Erstellung des bestmöglichen Therapieablaufes. Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.*

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_

**Diagnose/ Hauptproblem:** \_\_\_\_\_

#### **1. Familienanamnese:**

Gibt es chronische / neurologische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwangerschaften und Entbindungen (Geschwister): \_\_\_\_\_

Wie war die eigene Geburt (Spont., Kaiserschnitt, Dauer)? \_\_\_\_\_

#### **2. Verlauf der Schwangerschaft:**

Gab es Probleme mit Blutdruck, Zucker, Nierenstau, Gefäße (Krampfadern) während der SS?  
\_\_\_\_\_

Körperliche Beschwerden in der SS (Rücken, Nacken, Schambein, Beine)? \_\_\_\_\_

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (Fruchtwasser)? \_\_\_\_\_

Medikamente während der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Nikotin und Alkohol während der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren? \_\_\_\_\_

Hat es vorzeitige Wehen gegeben? \_\_\_\_\_

War eine Cerclage (Verschluss des Muttermundes) erforderlich? \_\_\_\_\_

Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)? \_\_\_\_\_

War der Eintritt des Kindes im Becken zu früh? \_\_\_\_\_

### 3. Entbindung:

Wie war die Geburt? \_\_\_\_\_

War es ein Kaiserschnitt, eine Zangengeburt oder eine Saugglockengeburt? \_\_\_\_\_

PDA? \_\_\_\_\_

Dauer der Geburt? \_\_\_\_\_

Wurden Wehen treibende Mittel eingesetzt? \_\_\_\_\_

### 4. Nach der Geburt

Wie war der APGAR? \_\_\_\_\_

Lag eine Zyanose (Blaufärbung) vor? \_\_\_\_\_

Wie war die Schädelform des Kindes, gab es Gesichtsanomalien? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Lieblingsseite? \_\_\_\_\_

Konnte das Kind von Beginn an saugen? \_\_\_\_\_

Lagen Ödeme vor? \_\_\_\_\_

Waren die Reflexe normal? \_\_\_\_\_

Musste das Kind bei der Atmung unterstützt werden? \_\_\_\_\_

### 5. Die Entwicklung des Kindes

Hat das Kind eine bevorzugte Lage beim Schlafen oder Gestillt werden? \_\_\_\_\_

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? \_\_\_\_\_

Welche Nahrung wird gefüttert? \_\_\_\_\_

Gab es länger anhaltende Asymmetrien? \_\_\_\_\_

Bestand ein Strabismus (Schielen), wenn ja, war es permanent? \_\_\_\_\_

Zittert das Kind häufig, gibt es Phasen von verstärkter Spastizität (Muskelüberreizung)?: \_\_\_\_\_

Saugt und schluckt das Kind normal? \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme der Regurgitation (Spuckkinder)? \_\_\_\_\_

Leidet das Kind unter vermehrten Bauchschmerzen?

Ist das Kind häufig unruhig? \_\_\_\_\_

Hat das Kind besondere Angewohnheiten (kratzen, gleichmäßige Arm- und Beinbewegung usw.)?  
\_\_\_\_\_

Hat der Schädeldurchmesser regelmäßig zugenommen (Fontanellenschluss)? \_\_\_\_\_

Hat das Kind ein verstärktes Bedürfnis am Daumen zu lutschen? \_\_\_\_\_

Wann kam der Erste/Letzte Zahn? \_\_\_\_\_

Ab wann krabbelte das Kind und wie verlief es? Alter des Gehens? \_\_\_\_\_

Wie verlief die Sprechphase? (Wortschatz, Sprachstörung usw.) \_\_\_\_\_

Leidet das Kind an Enuresis (Bettnässen)? \_\_\_\_\_

Verläuft das Wachstum normal? \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

---

**Datum, Unterschrift des Patienten**