

Anamnesebogen für Neupatienten U2/U3

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen zu unserer Information aus, damit wir Sie optimal beraten und Ihr Kind bestmöglich betreuen können. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern nur in der Patientenakte hinterlegt und vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

PATIENTIN | PATIENT ☐ weiblich ☐ männlich

Nachname des Kindes		Vorname des Kindes		Geburtsdatum
Straße Hausnr.		PLZ Ort		Geburtsort
Krankenkasse des Kindes		Über wen ist das Kind versichert?		

ELTERN

Mutter

Nachname der Mutter		Vorname der Mutter		Geburtsdatum
☐ Anschrift wie Patientin Patient	Straße Hausnr.		PLZ Ort	
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail		
Beruf				

Vater

Nachname des Vaters		Vorname des Vaters		Geburtsdatum
☐ Anschrift wie Patientin Patient	Straße Hausnr.		PLZ Ort	
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail		
Beruf				

Familienstand der Eltern: ☐ verheiratet ☐ unverheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Erziehungsberechtigt: ☐ Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ Andere _____

Herkunftsland der Eltern: Mutter: _____ Vater: _____

Familiensprache / Muttersprache: _____
(hauptsächlich zuhause gesprochene Sprache)

GESCHWISTER

	Name	☐ w ☐ m	Geburtsdatum	Erkrankungen	☐ keine
1					
2					
3					
4					
5					

Anamnesebogen für Neupatienten U2/U3

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

Falls ja, wer?

Allergien / Heuschnupfen	☐ nein	☐ ja	
Asthma bronchiale	☐ nein	☐ ja	
Hauterkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Neurodermitis / Ekzem	☐ nein	☐ ja	
Rheuma	☐ nein	☐ ja	
Herzinfarkte	☐ nein	☐ ja	
Herzfehler	☐ nein	☐ ja	
Schlaganfälle	☐ nein	☐ ja	
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja	
Nierenerkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Hüfterkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Schilddrüsenerkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Bluterkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Darmerkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Epilepsie / Fieberkrämpfe	☐ nein	☐ ja	
Multiple Sklerose	☐ nein	☐ ja	
Genetische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Übergewicht	☐ nein	☐ ja	
Sehstörungen	☐ nein	☐ ja	
Schwerbehinderung	☐ nein	☐ ja	
Diabetes	☐ nein	☐ ja	
Hypercholesterinämie	☐ nein	☐ ja	
Infektionskrankheiten	☐ nein	☐ ja	
Verzögerte Sprachentwicklung	☐ nein	☐ ja	
Unklare Todesfälle / Aborte	☐ nein	☐ ja	
Weitere	☐ nein	☐ ja	

BISHERIGE ERKRANKUNGEN DES KINDES

Allergien oder Unverträglichkeiten (auch Medikamente)	☐ nein	☐ ja	welche?
Ernsthafte Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	welche?
Stationäre Krankenhausaufenthalte	☐ nein	☐ ja	wegen?
Operationen	☐ nein	☐ ja	welche?
Chronische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	welche?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	☐ nein	☐ ja	welche?

Name: _____ Geburtsdatum: _____

	nein	ja	
Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?	☐	☐	Schw
Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente genommen? Wenn ja, welche?	☐	☐	Med
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? Wenn ja, welche?	☐	☐	Geb
Gab es Schwierigkeiten beim Kind nach der Geburt? Musste es behandelt werden? Wenn ja, welche?	☐	☐	Erkr
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Allergien, Asthma oder Neurodermitis? Wenn ja, wer? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes	☐	☐	Atopie
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/Spreizhose? Wenn ja, wer? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes	☐	☐	Hüfte
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer angeborenen Augenerkrankung (z. B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)?	☐	☐	Ambly
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbten Erkrankung? Wenn ja, wer/welche?	☐	☐	Erbkr
Raucht jemand in Ihrer Familie?	☐	☐	Rauch
Hatten Sie in den letzten vier Wochen Sorgen wegen der Gesundheit, des Verhalten oder der Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, was macht Ihnen Sorgen?	☐	☐	Ges Verh
Haben Sie Sorgen wegen ihrer familiären Situation? Wenn ja, welche?	☐	☐	Fam

Mein Kind:

	ja	nein	
Zeigt Ihr Kind ein verändertes Verhalten (z.B. Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen), wenn plötzlich laute Geräusche auftreten?	☐	☐	Hören
Beruhigt sich oder freut sich Ihr Kind, wenn es angesprochen wird?	☐	☐	Hören
Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und/oder Rascheln mit Seidenpapier im Abstand von ca. 20 cm zum Ohr?	☐	☐	Hören
Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche?	☐	☐	Hören
Beginnt Ihr Kind gelegentlich zu lallen?	☐	☐	Hören

Fragen an die Mutter

	Stimmt nicht	stimmt	
Ich habe niemanden , der mich wenigstens stundenweise entlastet?	☐	☐	Ress
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	☐	☐	Whoo
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	☐	☐	Whoo
Mein Baby schreit sehr oft und lässt sich nur schwer beruhigen	☐	☐	Reg
Alkoholgenuss (auch Bier/Wein) in der Schwangerschaft: ☐ Nie ☐ selten ☐ gelegentlich			Schw
Wurden Sie in der Schwangerschaft geimpft? ☐ Grippe (Influenza) ☐ Keuchhusten ☐ RS-Viren	☐	☐	Schw
Ernährung während der Schwangerschaft: ☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ spezielle Diät: _____			

Name: _____ Geburtsdatum: _____

So geht es meinem Baby*:**Mein Baby ...****fast nie****häufig****fast immer**

... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund

☐☐☐

... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif

☐☐☐

... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf

☐☐☐

... lässt sich keinen Moment ablegen

☐☐☐

... verweigert die Brust/die Flasche

☐☐☐

... ist extrem irritierbar

☐☐☐**Familiäre Situation*:****fast nie****häufig****fast immer**

Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen

☐☐☐

Ich fühle mich isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen

☐☐☐

Die Nerven liegen blank

☐☐☐

Ich habe Angst als Mutter zu versagen

☐☐☐

Das Schreien ist unerträglich

☐☐☐

Ich plage mich mit Ängsten meinem Baby könnte etwas passieren

☐☐☐

Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby

☐☐☐

Die Probleme belasten die Partnerschaft

☐☐☐