

Anamnesebogen Kinder/Jugendliche



**DR. KOSUB
DR. SENDER**
ORTHOPÄDIE

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Kinderarzt

E-Mail-Adresse

Bestehen bei Ihrem Kind Vorerkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Bekommt Ihr Kind Medikamente?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Grund des Arztbesuches:

**Ist bei Ihrem Kind in der Vergangenheit ein KiSS-Syndrom
(Kopfgelenkblockierung / Atlasblockierung) diagnostiziert und/oder behandelt worden?**

Ja Nein

Haben Sie bei Ihrem Kind folgendes beobachtet:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Gangauffälligkeiten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schiefe Körper- oder Kopfhaltung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Häufiges Stolpern / Stürzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kopfschmerzen oder Schwindel | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zähneknirschen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Auffällige Grobmotorik | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Auffällige Feinmotorik | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unruhe / Zappeligkeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hyperaktivität / „Träumer“ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sprachentwicklungsverzögerung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schreib- und Leseschwierigkeiten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gestörte soziale Integration | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Emotionsstörung
(Frustration, Reizbarkeit, Ungeduld, Aggressivität) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Sonstige Auffälligkeiten:

Vielen Dank – Ihr Praxisteam!