



Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Kinderarzt _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsanamnese

Dauer der Geburt _____ Frühgeburt Ja Nein

Spontanentbindung Ja Nein Kaiserschnittgeburt Ja Nein

Wurden Hilfsmittel verwendet, wenn ja, welche ? _____

Auffälligkeiten beim Säugling (im ersten Lebensjahr)

Überstreckungstendenz des Kindes Ja Nein

Liebblingsseite des Kopfes Ja Nein

Das Kind liegt/lag in einem Bogen, wie ein C Ja Nein

Schwierigkeiten beim Stillen (an einer Seite)? Ja Nein

Das Kind sabbert oder spuckt viel Ja Nein

Wir haben bzw. hatten ein „Schreikind“ Ja Nein

Drei-Monats-Koliken Ja Nein

Sind bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen bekannt?

Epilepsie (Anfallsleiden) Ja Nein

Allergien Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Neurologische
Erkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Entwicklungsverzögerungen

Haltung und Bewegung Ja Nein

Sprache und Verständnis Ja Nein

Grobmotorik Ja Nein

Feinmotorik Ja Nein

Konzentration Ja Nein

sonstige Vorerkrankungen/ Allergien / Unverträglichkeiten / Medikamenteneinnahme:

Bekommt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Grund des Arztbesuches: