



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
Lieblingsseite 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:
