

# ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 1 von 7

---

Name / Vorname des Kindes

Geburtsdatum (XX.XX.XXXX)

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Straße / Haus-Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Krankenversicherung

Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen

**Ja**

**Nein**

Behandelnder Kinderarzt

---

**Gewicht des Kindes (g)**

bei Geburt

aktuell

**Größe des Kindes (cm)**

bei Geburt

aktuell

---

**Konsultationsgrund / Anliegen:**

# ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 2 von 7

---

## Schwangerschaft:

Spontane Schwangerschaft	Ja	Nein
Künstliche Befruchtung	Ja	Nein
Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Medikamente während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Unfall während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Stress während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Vorzeitige Wehen	Ja	Nein

---

Anzahl bisheriger Geburten

---

## Geburt:

Dauer der Geburt

0 – 3 Std.

4 – 6 Std.

7 – 11 Std.

12 – 18 Std.

länger

# ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 3 von 7

## Komplikationen

<b>Kaiserschnitt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
geplant		
Notfall		
<b>Saugglocke</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Zange</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Manuelle Hilfen</b> (Arzt / Hebamme / Kristeller Handgriff)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

APGAR

/ /

pH-Wert

Base Excess

## Kindslage

Schädellage

Nabelschnurumwicklung

Gesichtslage

Beckenendlage

Querlage

## ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 4 von 7

---

<b>War die Geburt zum errechneten Termin?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
zu früh		
zu spät		

<b>Wurde die Geburt eingeleitet?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
--------------------------------------	-----------	-------------

<b>Musste das Kind länger als gewöhnlich im Krankenhaus bleiben?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wenn ja, warum?		

<b>Wurde oder wird gestillt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
----------------------------------	-----------	-------------

<b>Gab oder gibt es Stillprobleme?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wenn ja, welche?		

---

### Die ersten Monate:

<b>Häufiges Spucken / Erbrechen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
-------------------------------------	-----------	-------------

<b>Drei-Monats-Koliken</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
----------------------------	-----------	-------------

<b>Blähungen / Verstopfungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
----------------------------------	-----------	-------------

## ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 5 von 7

---

<b>Unklares Weinen</b>	Ja	Nein
<b>Einschlaf- / Durchschlafstörungen</b>	Ja	Nein
<b>Angeborene Erkrankungen</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Unfall / OP</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Kinderkrankheiten</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Mittelohrentzündung</b>	Ja	Nein
<b>Atemwegserkrankungen</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Blasen- / Nierenerkrankung</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein

# ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 6 von 7

---

<b>Allergien</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Fieberkrämpfe</b>	Ja	Nein
<b>Impfungen</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Reaktionen auf Impfungen</b>	Ja	Nein
<b>Medikamente</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein
<b>Familiäre Vorbelastung / Erkrankungen / Allergien</b> Wenn ja, welche?	Ja	Nein

# ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 7 von 7

---

## Die ersten Monate:

Drehen vom Rücken auf den Bauch	ca. ab Lebensmonat
Robben	ca. ab Lebensmonat
Krabbeln	ca. ab Lebensmonat
Sitzen	ca. ab Lebensmonat
Stehen	ca. ab Lebensmonat
Laufen	ca. ab Lebensmonat

---

## Sonstiges:

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Blatt 8 von 8

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein

Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung damit nicht erfolgen kann.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**Osteopathie Frauke Hallerdei**  
**Dichtelbacher Straße 2, 55494 Rheinböllen**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

**Ich habe die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ gelesen und verstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten