

Anamnesebogen und Kenntnisnahme

Sehr geehrte Eltern,
herzlich Willkommen in unserer Praxis für Physiotherapie. Für einen optimalen Behandlungsverlauf benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person, Ihrem Kind und dessen Entwicklung, sowie zu den aktuellen Beschwerden Ihres Kindes. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Falls abweichend, Anschrift: _____

Geschwister (Name, Geschlecht und Geburtsjahr): _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Versicherung: gesetzlich: privat: Beihilfe: Name der Krankenkasse: _____

Rechnungsempfänger bei Privatpatienten: _____

Kinderarzt: _____ Facharzt: _____

Sport: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Bitte haben Sie Verständnis, dass eine Terminabsage an einem Werktag mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin erfolgen muss. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen in Höhe der Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

Für Privatpatienten:

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse, ob und welche Kosten diese übernimmt. Der Behandlungsvertrag erfolgt grundsätzlich nur zwischen Ihnen und der physiotherapeutischen Praxis Schork, daher liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen, auch wenn Ihre Krankenkasse keine oder nur anteilige Kosten übernimmt.

Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift mit allen vorangegangenen Punkten einverstanden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Medizinische Vorgeschichte:

Befindet sich Ihr Kind aktuell in einer der nachfolgenden Behandlungen/ Therapien?

Fachärztliche Behandlung, wenn ja, bei welchem Facharzt:

- Frühberatung
- Ergotherapeutische Behandlung
- Logopädische Behandlung
- Physiotherapeutische Behandlung
- Osteopathie
- Manualtherapie
- Sonstiges: _____

Wird Ihr Kind zurzeit medikamentös behandelt?

- Nein
- Ja, welche Medikamente:

Wurde Ihr Kind in der Vorgeschichte medikamentös behandelt?

- Nein
- Ja, mit welchen Medikamenten:

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

- Nein
- Ja, Datum der Operation und Operationsart:

Entwicklungsverlauf:

Schwangerschaftsverlauf:

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

- Nein
- Ja, welche:
 - Blutungen
 - Schwangerschaftserbrechen
 - Erhöhter Blutdruck
 - Geschwollene Beine (Ödeme)
 - Eiweiß im Urin

- Stress oder seelische Belastung
- Unfälle/ Krankenhausaufenthalte
- Infektionskrankheiten (Grippe, Fieber)
- Vorzeitig einsetzende Wehen
- Sonstiges:

Hat die Mutter in der Schwangerschaft geraucht?

- Nein
- Ja, was und wieviel? _____

Hat die Mutter in der Schwangerschaft alkoholische Getränke konsumiert?

- Nein
- Ja

Hat die Mutter in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

- Nein
- Ja, welche und warum?

War die Schwangerschaft geplant?

- Nein
- Ja

Geburt:

Geburtsgewicht: _____ Gramm
Körperlänge: _____ cm
Kopfumfang: _____ cm
Apgarwerte: _____ (siehe gelbes Heft)

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?

- Nein
- Ja, welche?
 - Langdauernde Geburt (Dauer) _____
 - Langdauernde Presswehen
 - Blasensprung oder Fruchtwasserabgang länger als 6 Std. vor der Geburt
 - Nabelschnurvorfal oder Nabelschnurumschlingung
 - Schlechte Herztöne des Kindes
 - Falsche Lage des Kindes
 - Kaiserschnitt
 - Geburtszange
 - Saugglocke

War die Nachgeburt (Plazenta) auffällig verändert?

- Nein Ja: _____

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?

- Nein
 Ja, das Kind war das _____ geborene Kind

Hat Ihr Kind nach der Geburt sofort geschrien?

- Nein Ja Weiß ich nicht

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt

- Nein Ja

Wie lange und aus welchem Grund lag Ihr Kind nach der Geburt in der Klinik?

Weitere Entwicklung:

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein Ja

Gab es Besonderheiten beim Essen?

- Lange Fütterungsdauer
 Abneigung gegen feste Kost
 Vermehrtes Speicheln
 Erbrechen/ Würgen
 Nahrungsverweigerung
 Saug-, Schluck- oder Kaustörungen
 Andere Auffälligkeiten:

Entwicklungsbereiche:

Hören und Sehen:

Bestehen Beeinträchtigungen in der Sehfähigkeit?

- Nein
 Ja, welche: _____

Bestehen Beeinträchtigungen in der Hörfähigkeit?

- Nein
 Ja, welche: _____

Schlaf:

Bestehen Besonderheiten im Schlafverhalten?

- Nein
 Ja, welche?
 Schläft es problemlos ein?
 Wacht es nachts auf?
 Alpträume
 Sonstiges:

Wo schläft Ihr Kind?

- Im eigenen Bett
 Im eigenen Zimmer
 Bei den Eltern
 Bei Geschwistern
 Sonstiges:

Sauberkeit:

Bei Kindern ab 2 Jahren: Ist Ihr Kind sauber?

- Nein
 Ja
 Nur nachts
 Nur tagsüber

Motorische Entwicklung:

Hat Ihr Kind die Bauchlage in der Wachphase toleriert?

- Nein
 Ja, in welchem Alter: _____

Hat Ihr Kind die Rückenlage in der Wachphase toleriert?

- Nein
 Ja, in welchem Alter: _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt/ gerobbt?

- Nein
 Ja, in welchem Alter: _____

Wann konnte Ihr Kind freilaufen?

Mit _____ Monaten/ Jahren

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten beim Laufen? (z.B. Zehenspitzenengang)

- Nein
 Ja, welche: _____

Ist Ihr Kind sehr bewegungsfreudig?

- Nein Ja

Vermeidet Ihr Kind Bewegungsaktivitäten?

- Nein Ja

Zeigt Ihr Kind auffällige motorische Verhaltensweisen?

- Nein
 Ja, welche: _____

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Berührungen, z.B. Körperkontakt, Kleidung, Essen, Materialien?

- Nein
 Ja, welche: _____

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten in der Schmerzempfindung?

- Nein
 Ja, welche: _____

Zeigt Ihr Kind eine Bevorzugung für eine Hand?

- Nein
 Ja, für welche: _____

Kann Ihr Kind sich selbstständig anziehen?

- Nein
 Ja, seit wann: _____

Sprachentwicklung:

Zeigte oder zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten in der Aussprache?

- Nein
 Ja, welche: _____

Werden in Ihrer Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?

- Nein
 Ja, welche: _____

Wie gut kann Ihr Kind seine Muttersprache sprechen?

Wie gut kann Ihr Kind Deutsch sprechen?

Emotional- und Sozialverhalten:

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Sozialverhalten?

- Nein
 Ja, welche: _____

Spielverhalten/ Interessen:

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich vor dem TV?

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich vor dem PC?

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind am Stück mit einer Spielaktivität?

- Ausdauernd
 Bleibt nur kurz bei der Sache

Spielt Ihr Kind gerne?

- Alleine
 Mit anderen Kindern
 Mit Erwachsenen
 Sonstiges: _____

Beschreiben Sie weitere Interessen Ihres Kindes, z.B. Sportarten, Hobbies, Freizeitaktivitäten:

Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein, einer Gruppe, usw.

- Nein
 Ja, bitte angeben:

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten/ Hort?

- Nein Ja

Sonstiges:

Welche Impfungen hat Ihr Kind? Bitte Impfausweis mitbringen!

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- Nein
 Ja, welche:

Aktuelle Beschwerden:

Gab es einen Auslöser für die Beschwerden Ihres Kindes?

- Nein **Unfall/ Sturz** **Operation**

Wenn ja, was genau ist passiert?

Hat Ihr Kind Schmerzen?

- Nein Ja, welche: _____

Welche Maßnahmen wurden bisher zur Diagnostik/ Therapie durchgeführt? Bitte bringen Sie relevante Arztbriefe/ Aufnahmen zu der Behandlung Ihres Kindes mit)

- Röntgen Computertomographie (CT) Kernspintomographie (MRT) Spritzen
 Physiotherapie Sonstiges: _____

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes **vollständig** und **wahrheitsgemäß** beantwortet haben. Bitte beachten Sie, dass es auf Grund von fehlenden oder falschen Angaben in der Anamnese zu schweren Gesundheitsstörungen kommen kann. Hierfür tragen dann Sie als Eltern die Verantwortung.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____