

Fragebogen für Kinderpatienten

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin per E-Mail an **benedikt@praxis-benedikt.de**. Wir besprechen die Angaben gerne gemeinsam mit Ihnen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind und zu den Sorgeberechtigten

Nachname des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht / divers
Nachname Eltern / Sorgeberechtigte	Vorname	Anzahl / Alter der Geschwister	
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer		
Telefon	E-Mail	Kinderarzt / Kinderärztin	

1. Schwangerschaft und Geburt

Anzahl der Schwangerschaften:

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Wurden während der Schwangerschaft Antibiotika eingenommen? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Gab es einen Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja Grund?

Weitere Auffälligkeiten / Belastungen in der Schwangerschaft
(z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Medikamente, Operationen, starke Übelkeit, Stress, Stürze, Trennung, Todesfälle, Lage im Mutterleib):

Geburt in der SSW	Geburtsgewicht (g)	Größe (cm)	Kopfumfang (cm)	Geburtsort

Gesamtdauer:	Eröffnungsphase:	Austreibungsphase:

Wurde die Geburt eingeleitet? ☐ Nein ☐ Ja Warum / wie?

1. Schwangerschaft und Geburt - Fortsetzung

War die Geburt ein Kaiserschnitt? ☐ Nein ☐ Ja Warum?

Art des Kaiserschnitts: ☐ geplant ☐ ungeplant ☐ Notkaiserschnitt

Wurden bei der Geburt Hilfsmittel verwendet? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Mögliche Hilfsmittel: ☐ Kristeller-Handgriff ☐ Zange ☐ Saugglocke

Wurden Schmerzmittel während der Geburt verabreicht? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? (PDA, Lachgas, Opiate/Opioide, Meptid oder andere)

Gab es Geburtskomplikationen? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Apgar-Wert pH-Wert Besondere medizinische Maßnahmen

Wie haben Sie die Geburt erlebt?

2. Angaben zum Kind und medizinische Anamnese

Grund des Kommens / aktuelle Beschwerden:

Wünsche und Ziele für die Behandlung:

Ist Ihr Kind aktuell in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja Warum?

Gibt es Arztbriefe oder Befunde (z. B. Röntgen, MRT, CT)? ☐ Nein ☐ Ja

Bitte vorhandene Unterlagen zum Termin mitbringen.

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Ist Ihr Kind in einer weiteren Therapie? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Art der Therapie: ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Sonstige

Unfälle, Verletzungen oder Operationen (was und wann):

Krankenhaustage Grund / Zeitraum

2. Angaben zum Kind - Fortsetzung

Impfungen

Reaktionen auf Impfungen

Allergien / Hautauffälligkeiten (z. B. Milchschorf, Neurodermitis)

Haustiere

Besondere Belastungen im familiären oder sozialen Umfeld:

Ernährung im Säuglingsalter: ☐ Flaschenkind ☐ Stillkind

Stilldauer / Zeitraum

Probleme beim Stillen

Beikost - Beginn / Verträglichkeit

Blähungen, Spucken oder Erbrechen - Häufigkeit und Besonderheiten:

Aktuelles Gewicht

Sonstige relevante Angaben

Gibt es schwere oder gehäuft auftretende Erkrankungen in der Familie? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

3. Entwicklung und Meilensteine

Kopfkontrolle ab

Robben ab

Sitzen ab

Krabbeln ab

Laufen ab

War oder ist die motorische Entwicklung auffällig?

☐ Nein ☐ Ja Welche?

Gibt es Probleme mit der Feinmotorik?

☐ Nein ☐ Ja Welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

☐ Nein ☐ Ja

U-Untersuchungen / Auffälligkeiten

Sozialer Kontakt (Lächeln, Plappern etc.)

4. Auffälligkeiten

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Gibt es Konzentrationsprobleme?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Gab oder gibt es Probleme beim Sauberwerden?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Bestehen Schlafprobleme?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Schließt Ihr Kind oder gab es diesbezüglich Auffälligkeiten?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Ist der Nackenbereich empfindlich?	☐ Nein ☐ Ja	Seit wann?	
Bestehen Verdauungsprobleme?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	

Wie häufig ist der Stuhlgang?

Besonderheiten / Beschwerden beim Stuhlgang

5. Asymmetrie

Händigkeit: ☐ links ☐ rechts ☐ noch unklar

Wirkt Ihr Kind körperlich asymmetrisch oder „schief“?	☐ Nein ☐ Ja	Wo?	
Hat oder hatte Ihr Kind eine deutliche Lieblingsseite?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Trinkt / trank Ihr Kind an einer Brust besser?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Wurde oder wird die Bauchlage abgelehnt?	☐ Nein ☐ Ja	Seit wann?	
Ist oder war der Hinterkopf abgeflacht?	☐ Nein ☐ Ja	Welche Seite?	

Weitere Beobachtungen zu Haltung, Kopf- oder Körperform:

6. Gesundheitsprobleme

Hat Ihr Kind Kopfschmerzen?	☐ Nein ☐ Ja	Häufigkeit / Art?	
Hat Ihr Kind häufige Infekte?	☐ Nein ☐ Ja	Welche / wie oft?	
Gab es Mittelohrentzündungen?	☐ Nein ☐ Ja	Letzter Hörtest?	
Trägt Ihr Kind eine Brille?	☐ Nein ☐ Ja	Letzter Sehtest?	
Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre?	☐ Nein ☐ Ja	Seit wann?	
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	
Bestehen Wachstumsschmerzen?	☐ Nein ☐ Ja	Wo / wann?	
Gibt es weitere Erkrankungen oder Diagnosen?	☐ Nein ☐ Ja	Welche?	

Weitere Hinweise, die für die Behandlung wichtig sein könnten:

Bestätigung

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass dieser Fragebogen das persönliche Anamnesegespräch nicht ersetzt.

☐ **Angaben bestätigt**

Datum

Name / Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Hinweis: Bitte speichern Sie das ausgefüllte PDF unter einem neuen Dateinamen und senden Sie es anschließend an benedikt@praxis-benedikt.de.