



# Anamnesebogen Kinder/Jugendliche

Gab es **Komplikationen** in der **Schwangerschaft**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Wurde Ihr Kind **termingerecht geboren**?  Ja  Nein

Wie war die **Geburt**, gab es **Komplikationen**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Wer ist der **Kinderarzt**? \_\_\_\_\_

Gab es **Auffälligkeiten** bei den bisherigen **U-Untersuchungen**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Gab es **Auffälligkeiten** in der **Säuglingszeit, Kleinkindalter**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Wie war die bisherige **motorische Entwicklung**? \_\_\_\_\_

Wie war die bisherige **sprachliche Entwicklung**? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind **Erkrankungen**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Nimmt es **Medikamente**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Befand/Befindet sich Ihr Kind in **Zahn-/kieferorthopädischer Behandlung**?  Ja  Nein

---

Benötigt Ihr Kind **Hilfsmittel**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Befand/Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in **Therapie** (z.B. Ergotherapie, Logopädie,...)?  Ja  Nein

---

Wie ist das **Schlafverhalten**? \_\_\_\_\_

Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf die **Ernährung/Verdauung**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr Kind **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

---