

0. Familie / Familienanamnese

- 0.1 Bitte Angaben über alle Erkrankungen und Operationen (vor allem aber auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen, auch Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Sucht und Geisteskrankheiten). Darüber hinaus sind eiternde und/oder zugewachsene Ohringlöcher, eingewachsene Zehennägel, nächtlicher Speichelfluß, Impffolgen, nicht angegangene Impfungen und ähnliches von Interesse. Bitte auch kurze Angaben über Tuberkulinproben und Tub.-Impfungen (BCG). **Bitte so genau wie möglich nachforschen.**

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

- 0.2 Welche weiteren Erkrankungen der Blutsverwandtschaft (Urgroßeltern etc.) sind bekannt? – Bitte Verwandtschaftsgrad angeben.

1. Krankengeschichte Ihres Kindes**1.1 Kurzfassung (chronologisch)****2. Schwangerschaft / Geburt**

- 2.1 Verlauf der Schwangerschaft / Untersuchungen (Fruchtwasser-U. etc.) / Impfungen / Blutgruppenunverträglichkeit / Bluttransfusion / Virusinfekte / sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse? – Bitte genaue Angaben.
- 2.2 Vorausgegangene Fehlgeburten / Frühgeburt / Totgeburt? – Wann? / Mögliche Ursache?
- 2.3 Nikotin / Alkohol / Drogen / Medikamente? – Wieviel? Wann? – Frühreifungsspritze? / Wehenhemmende Mittel / wehenfördernde Mittel – Wenn ja, in welchem Monat?
- 2.4 Schwangerschaftserbrechen? Wie lange? / Wie schwer?
- 2.5 Blutungen während der Schwangerschaft? – In welchem Monat? / Behandlung?
- 2.6 Drohende Fehlgeburt? / Drohende Frühgeburt? / Frühgeburt? – In welcher Woche?
- 2.7 Entbindung termingerecht? Farbe des Fruchtwassers.
- 2.8 Narkose / Lachgas / Periduralanästhesie (Spinalanästhesie).
- 2.9 Lage des Kindes.
- 2.10 Entbindung mit Saugglocke / Zange / Kaiserschnitt.
- 2.11 Sonstige Beschwerden während dieser Zeit?

3. Neugeborenenperiode

- 3.1 Geburtsgewicht / Länge / Kopfumfang
- 3.2 Sofort geschrien? / Atemstörungen? / blau / gekrampft?
- 3.3 Geburtsgeschwulst / Hirnblutung?
- 3.4 Nabelschnurstrangulierung?
- 3.5 Schlüsselbeinbruch? – links / rechts?
- 3.6 Gelbsucht (wie lange, wie stark?) – Brutkasten / Wärmebettchen?
- 3.7 Nabelbruch? / Leistenbruch? – angeboren / erworben?
- 3.8 Nabelentzündung? – Absonderung?
- 3.9 Schiefhals? – links / rechts?

- 5.6 Wann treten/traten sie auf? – Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitzestadium / Froststadium) / helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / beim Anblick von Wasser / beim Anblick von glitzernden Gegenständen / seit Geburt / periodisch / bei Vollmond?
- 5.7 Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? – Gibt es Nahrungsmittelzusammenhänge wie Milch / Erdbeeren / etc.?
- 5.8 Neigung zu Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Verstopfung.
- 5.9 Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? / Wann? / Wonach traten sie das erste Mal auf? / Vermutete Ursache? / Wie behandelt?
- 5.10 Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

6. Kinderkrankheiten

- 6.1 Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Diphtherie / Keuchhusten / Windpocken / Pfeiffersches Drüsenfieber.
- 6.2 Wie wurde behandelt? Welche Medikamente?
- 6.3 Bei exanthematischen Erkrankungen (Krankheiten mit Hautausschlägen, wie z.B. Scharlach): Kam der Hautausschlag richtig heraus? – Bitte genaue Angaben.
- 6.4 Gab es Komplikationen? – Wenn ja, bitte beschreiben.

7. Impfungen

- 7.1 Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen hat Ihr Kind erhalten? Wann? – Tbc (BCG) / Poliomyelitis (Kinderlähmung) / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Tetanus / Masern / Mumps / Röteln / HIB / Grippe / Zecken / Tollwut / Hepatitis / Tuberkulinproben / Sonstige.
- 7.2 Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es Impfreaktionen (z.B. hohes Fieber, Apathie, Lähmungserscheinungen, schrilles Schreien oder Schreikrämpfe, Krampfen, Wesensveränderungen, Meningitis [Hirnhautentzündung], Encephalopathie [Gehirnerkrankung], Schlafsucht etc.)? – Beschreiben Sie ausführlich.

8. Allgemeines

- 8.1 Rechts- / Linkshänder?
- 8.2 Ist Ihr Kind zu mager? – Trotz guten Appetits? – An welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine etc.)?
- 8.3 Ist Ihr Kind zu dick? An welchen Körperregionen besonders?

- 33.3 Besteht eine Blutungsneigung?
- 33.4 Gibt es überschießendes Narbengewebe (Keloidbildung)?
- 33.5 Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

34. Gemüt

- 34.1 Ist Ihr Kind leicht ermüdbar?
- 34.2 Ist es leicht erregbar, ja sogar übererregbar? – Wie reagiert es?
- 34.3 Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind? / Weint es sehr leicht?
- 34.4 Ist Ihr Kind auffällig schreckhaft? – Beispiele.
- 34.5 Welche Ängste hat Ihr Kind?
- 34.6 Hat es eine ausgeprägte Angst vor Spinnen / Schlangen / Insekten / Hunden / Katzen / Pferden? – Wie reagiert es?
- 34.7 Gibt es unerklärliche / eigenartige Ängste?
- 34.8 Fürchtet es sich abends im Dunkeln vor Geistern, Gespenstern und Räubern? – Seit wann?
- 34.9 Wie ist sein Selbstwertgefühl?
- 34.10 Ist es ausgesprochen schüchtern?
- 34.11 Neigt Ihr Kind zu depressiven Verstimmungen?
- 34.12 Ist es sehr wechselhaft in seinen Stimmungen?
- 34.13 Hat Ihr Kind Ausdauer z.B. beim Spielen
- 34.14 Kann es alleine spielen?
- 34.15 Was war bisher der größte Kummer Ihres Kindes?
- 34.16 Findet Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern oder spielt es lieber alleine?
- 34.17 Wie verhält es sich bei fremden Menschen und in fremder Umgebung (z.B. Kindergarten)?
- 34.18 Wie ist sein Sozialverhalten? – Zeigt es Mitgefühl? / Ist es gar mitleidend?
- 34.19 Will es Mittelpunkt sein?
- 34.20 Liebt Ihr Kind Musik? – Singt oder tanzt es gerne?
- 34.21 Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch?
- 34.22 Neigt es zu Zorn- oder Wutausbrüchen? – Wirft es sich auf den Boden? / Schlägt es mit dem Kopf gegen die Wand?
- 34.23 Ist es sehr ordentlich, evtl. sogar pedantisch?
- 34.24 Welche Hobbys hat es?
- 34.25 Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit?
- 34.26 Hat Ihr Kind Lernprobleme? – Rechnen / Lesen / Schreiben / etc.?
- 34.27 Wie reagiert Ihr Kind auf Enttäuschung / Kummer? – Läßt es sich sofort trösten oder zieht es sich zunächst zurück, um allein damit fertig zu werden?
- 34.28 Ist Ihr Kind sehr unruhig? Kann es stillsitzen oder ist es ein regelrechter Zappelphilipp?
- 34.29 Ist Ihr Kind ein Nein-Sager?
- 34.30 *Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls auf einem separaten Blatt.*