



**Bitte unbedingt  
vollständig ausgefüllt  
mitbringen!**

**Anamnese Fragebogen ab 24 Monate / KiDD**

Name: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten Säuglingszeit (Vorzugshaltung/Abflachung Kopf o. ä.): \_\_\_\_\_

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

chron. Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Kieferorthopädische Behandlung (Zahnspange, Retainer o.ä.): \_\_\_\_\_

Schuheinlagen: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

Unfälle/wann?: \_\_\_\_\_

OPs/wann?: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten des Kindes: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapien (KG, Logo, Ergo, Osteo, Brille): \_\_\_\_\_

Name & Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Wurde hier schon ein Geschwisterkind behandelt?

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift)