

Anamnese Fragebogen ab 24 Monate/KiDD

Bitte unbedingt vollständig ausgefüllt zum Termin mitbringen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Waren in der Säuglingszeit Auffälligkeiten?

(z.B. Vorzugshaltung des

Kopfes?/Schädelverformung?: _____

Wann ist Ihr Kind gekrabbelt?: _____ Monate/ gelaufen _____ Monate

Krankheiten: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Kieferorthopädische Behandlung Zahnsperre/Retainer: _____

Schuheinlagen: _____

Unfälle/wann: _____ OP?/wann _____

Sport: _____

Welche Auffälligkeiten haben Sie an Ihrem Kind bemerkt?

(Schlafproblematik/Inkontinenz, etc): _____

Bisherige Therapien: z.B. Logo/KG/Ergo etc. (wann?): _____

Name und Anschrift des

Kinderarztes: _____

Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt?: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

