

Anamnese Fragebogen 0-24 Monate/ KiSS

Bitte unbedingt vollständig ausgefüllt zum Termin mitbringen

Name: _____ Geburtsdatum _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft (z.B. Blutungen/vorzeitige Wehen?)

Schwangerschaft: _____ Wochen.

Besonderheiten Geburt: (z.B. Querlage, BEL, Saugglocke, Sectio, Nabelschnurumwicklg. am Hals?)

Weitere Auffälligkeiten: Zutreffendes bitte ankreuzen

Begleitproblematik	sehr auffällig	auffällig	geringfügig auffällig	unauffällig	weiß nicht
Spucken					
Schlafen					
Trinken/Stillen					
Schreien					
Stuhlgang					
Stimmung					
Erregbarkeit					

Bisherige Therapien: z.B. Osteopathie, Krankengymnastik (wann?) _____

Sonstige Gesundheitsprobleme/Erkrankungen/Medikamente _____

Letzte Impfung: _____

Name und Anschrift/Tel.: des Kinderarztes _____

Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt? _____ ja/nein

Name: _____ Geburtsjahr _____

