

Anamnese-Fragebogen 0 - 24 Monate*Bitte ausgefüllt zum Termin mitbringen.*

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft (z.B. Blutungen, vorzeitige Wehen, ...):

Besonderheiten Geburt (z.B. Querlage, BEL, Saugglocke, Sectio, Nabelschnurumschlingung Hals, ...)

Weitere Auffälligkeiten (bitte ankreuzen):

	sehr auffällig	auffällig	wenig auffällig	unauffällig	weiss nicht
Schlafen					
Stillen/Trinken					
Schreien/sich beruhigen					
Stuhlgang					
Stimmung					
Spucken					
Erregbarkeit					

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

Andere Gesundheitsprobleme, Medikamente: _____

Letzte Impfung: _____

Name des Kinderarztes: _____

Wurde schon ein Geschwisterkind hier behandelt? ja / nein Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____