

# PATIENTENFRAGEBOGEN Säugling/Kleinkind

---

## Patient/in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherung:

## Name/Adresse/Telefonnummer der/des Erziehungsberechtigten:

Geschwister:

Terminverfügbarkeit: (Tage/Zeitraum)

Kinderarzt:

Kind besucht aktuell folgende Einrichtung (Krippe...):

Hilfsmittel (z.B. Brille, Orthesen,...):

Nimmt das Kind aktuell Medikamente? ja  nein , welche:

Ernährung Kind aktuell (Stillen, Flaschennahrung, Sonde, Feste Nahrung...):

Frühere/Sonstige Therapien:

## Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns/aktuelle Probleme/Diagnosen?

## Grunderkrankungen/Allergien:

## In der Vergangenheit häufiger aufgetretene Erkrankungen:

(z.B. Mittelohrentzündung, Harnwegsinfekte, Kopfschmerzen, häufig Antibiose wegen...)

Wurde das **Sehvermögen** getestet? ja  nein  wann zuletzt:  
Von wem? Kinderarzt  Augenarzt  Kinderoptometrist   
Gab es Auffälligkeiten?

Wurde das **Hörvermögen** getestet? ja  nein  wann zuletzt:  
Gab es Auffälligkeiten?

Hat ihr Kind **Epilepsie**? ja  nein  In Abklärung   
Gibt es bestimmte Auslöser?  
Häufigkeit der Anfälle?  
Würden Sie die Anfälle als leicht oder schwer einstufen?  
Wurden Ihrem Kind Antiepileptika verordnet?

Gab es in der Vergangenheit **Operationen**? ja  nein   
Wenn ja, welche und wann:

Gibt es **in der Familie Wirbelsäulenerkrankungen** (Skoliose/Beckenschiefstand...)?  
ja  nein

## **Schwangerschaft:**

Wievielte Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Alter der Mutter bei der Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre  
Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI): \_\_\_\_\_

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel,  
Wehenhemmer, etc.) \_\_\_\_\_

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der  
Schwangerschaft: ja  nein

## **Die Geburt:**

Spontan: ja  nein

Eingeleitet: ja  nein

Mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt : ja  nein  wenn ja: geplant  sekundär wegen

Entbindung in der \_\_\_\_\_ .SSW

Lage des Kindes: (Schädellage/ Beckenendlage/Sternengucker...)\_\_\_\_\_

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung:\_\_\_\_\_

Anzahl (ca.) Presswehen \_\_\_\_\_

PDA /Spinalanästhesie : ja  nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke) ja  nein  \_\_\_\_\_

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff) ja  nein

Die Nabelschnur war verschlungen ja  nein  wo/worum: \_\_\_\_\_

Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g Länge:\_\_\_\_\_cm

Apgar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PH-Wert Nabelschnur: \_\_\_\_\_

### **Nach der Geburt:**

Das Kind hat sofort geschrien: ja  nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt: ja  nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes:\_\_\_\_\_Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen (Ikterus/Gelbsucht): ja  nein

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation: \_\_\_\_\_Tage

Wurde das Kind beatmet: ja  nein  \_\_\_\_\_Tage

Medikamente: ja  nein  welche:\_\_\_\_\_

### **Auffälligkeiten:**

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten: ja  nein

welche \_\_\_\_\_

Bäuerchen kommt schwer: ja  nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht: ja  nein

Wir haben ein Speikind: ja  nein

Abendliche Unruhe: ja  nein  Wie lange:\_\_\_\_\_Stunden

Unstillbares Schreien: ja  nein  Wie lange: \_\_\_\_\_ Stunden  
Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen: \_\_\_\_\_ Stunden

### **Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges:**

Sofort nach der Geburt: ja  nein

Erst später sichtbar: ja  nein

Köpfchen ist abgeflacht: ja  nein  wo: \_\_\_\_\_

Überstreckt sich das Kind/macht es sich steif: ja  nein

Lässt sich ihr Kind leicht auf dem Arm tragen: ja  nein

mein Kind... rutscht beim Tragen schlaff herunter   
streckt sich von mir weg

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt /breit wickeln/Spreizhose : ja  nein

Das Baby...

Schaut/e vermehrt nach: rechts  links

Bevorzugt/e eine Brust: rechts  links

Dreht/e sich nur nach: rechts  links

Bewegt beide Arme gleich : ja  nein

Ihr Kind schläft in: Rückenlage  Seitlage

Akzeptiert Ihr Kind die: Bauchlage: ja  nein

Rückenlage: ja  nein

### **Sonstiges:**

---

**Ort/Datum**

---

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten**