



Schwangerschaft

Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?

nein	ja
------	----

Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?

nein	ja
------	----

Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?

nein	ja
------	----

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

Wenn Kaiserschnitt/Sektio: wegen des Kindes wegen der Mutter

Andere Probleme? Kinderärztliche Behandlung bei / nach der Geburt nötig?

nein	ja
------	----

Vorerkrankungen

Wenn ja, welche: _____

regelmäßige Medikamenteneinnahmen?

nein	ja
------	----

Wenn ja welche: _____

nein	ja
------	----

Operationen

Wenn ja, welche: _____

nein	ja
------	----

Krankenhausaufenthalte

Wenn ja, wann und wo: _____

nein	ja
------	----

Allergien

Wenn ja, welche: _____

nein	ja
------	----

Gab/ Gibt es Auffälligkeiten bei der Entwicklung...

Motorik (Drehen, Krabbeln, Laufen, Feinmotorik)

nein	ja
------	----

Sprache (erstes Lautieren/Brabbeln/ erste Worte, Mehrwortsätze)

nein	ja
------	----

Wahrnehmung (Hören, Sehen, reaktives Lächeln...)

nein	ja
------	----

frühere Therapien: Ergotherapie Logopädie Physiotherapie

nein	ja
------	----

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Nierenerkrankungen?

nein	ja
------	----

Wenn ja, welche: _____

Gibt es in Ihrer Familie andere chronische Erkrankungen?

nein	ja
------	----

Wenn ja, welche: _____

Sozialanamnese

Hat Ihr Kind (Halb-) Geschwister?

nein	ja
------	----

Lebt Ihr Kind mit beiden Elternteilen zusammen?

ja	nein
----	------

Besteht gemeinsames Sorgerecht?

ja	nein
----	------

In welche Schule geht ihr Kind? _____

Und Klasse ? _____

Besondere psychische oder soziale Belastungen in der Familie?

nein	ja
------	----

Sonstiges, das Ihnen Sorgen macht bzw. Sie gerne besprechen möchten: