



Anamnesebogen Jugendliche/Kinder

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name:

Vorname:

Ggf. abweichende Adresse: _____

Tel. (privat): _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Ich komme wegen folgender Beschwerden:

Was wurde bisher behandelt und mit welchem Erfolg?

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Aktuelle Körpergröße: _____ cm



Nichtraucher*in: Raucher*in:

Freizeitaktivitäten (Hobbys):

Beruf/ Ausbildung: _____

Seit wann hast Du / hat Ihr Kind diese Beschwerden? (Tage/Monate/Jahre)

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

Entwicklung

Informationen zur Geburt

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Zangen – oder Saugglockengeburt

Traten Komplikationen während der Geburt auf?

nein ja, bitte kurz beschreiben: _____

Dauer der Geburt ____ Std.

Besonderheiten im Babyalter



Besonderheiten im Kleinkindalter

(Kinder) Krankheiten

Verletzungen:

- Unfälle _____
- Knochenbrüche _____
- Kopfverletzungen _____
- Stürze _____
- Sportunfälle _____

Wurdest Du/ Ihr Kind schon mal operiert? Nein Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

Erkrankungen:

- Herz-/Kreislaufbeschwerden Blasen/Niere
- Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) Menstruationsbeschwerden (Mädchen)
- Verdauungsorgane Urogenitalorgane (Jungen)
- Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen Sonstiges – bitte kurz beschreiben



Hattest Du/Ihr Kind Eine Zahn -/Kiefer Behandlung?

- Nein
- Ja, wenn ja – warum? -bitte kurz beschreiben

Trägst Du eine Brille/Kontaktlinsen?

- Nein
- Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

Hast Du Augenschmerzen?

- Nein
- Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

Hast Du häufig Kopfschmerzen?

- Nein
- Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.B. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)

Hast Du Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

- Nein
- Ja

Wieviel Zeit verbringst Du mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone, o.Ä.?

Hast Du Verdauungsbeschwerden

- Übelkeit Durchfall Verstopfung Blähungen



Hast Du Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche? _____

Allergien – wenn ja, welche? _____

Unverträglichkeiten/ Intoleranz, wenn ja –welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. ____ Liter am Tag.

Trinkst Du Alkohol?

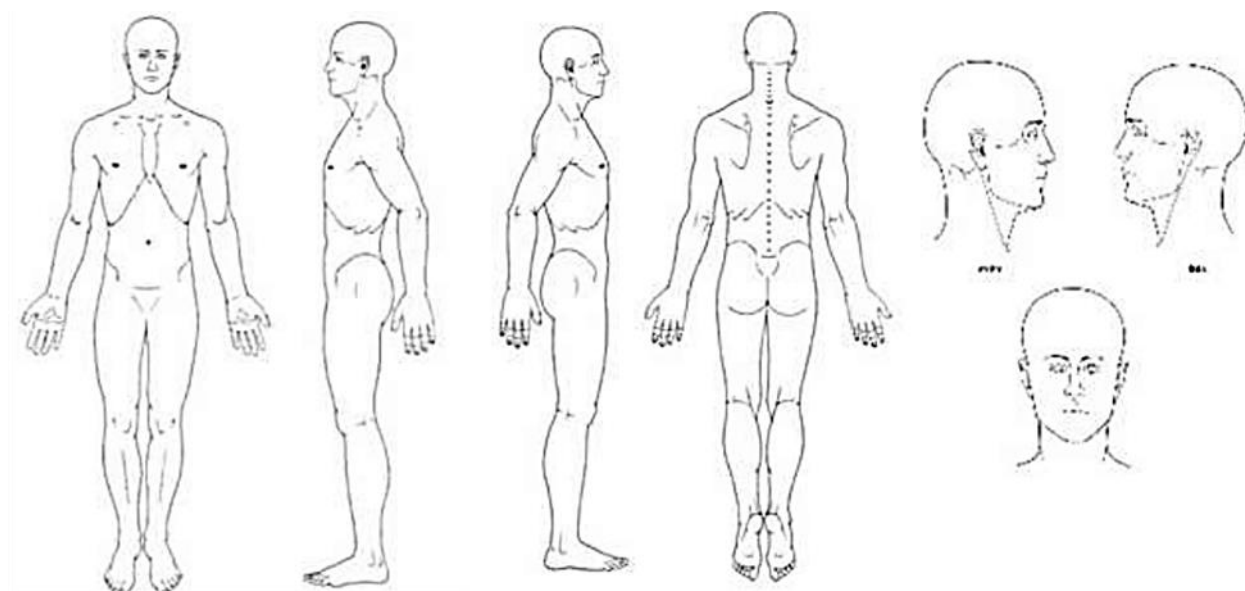
- nein ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft _____

Gibt es in Deiner Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Nur Eltern und Geschwister



Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markiere den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreibe Deinen Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sehr schwach

sehr stark

(kaum spürbar)

(stärkster vorstellbarer Schmerz)

Wann treten die Schmerzen auf?

tagsüber beim Sport/Spielen nachts am Morgen

nach dem Essen im Ruhezustand

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Stress etc.)



Was lindert die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Ablenkung etc.)

Wie fühlt sich der Schmerz an? (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend,
krabbelnd, krampfend, klopfend, reissend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

Nimmst Du Medikamente oder andere Substanzen ein?

Hast Du zurzeit andere Therapien (Ergotherapie, Logopädie, o.Ä.)?

Nein

Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)

Möchtest Du noch was ergänzen das nicht nachgefragt wurde?



Vielen Dank für Deine /Ihre Bemühungen!

Auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre Therapeutin

Cécile Biner

Physiotherapeutin FH mit Zusatz in Osteopathie

T +41 61 544 06 31

cecile.biner@meriansante.ch

Fragen an Mädchen:

Hast Du Menstruationsbeschwerden?

Nein Ja, wenn ja – welche?

Hast Du unregelmässige Blutungen?

Nein Ja, wenn ja – in welchem Abstand? _____

Nimmst Du Hormone/Pille oder anderes?

Schwangerschaft? Nein Ja, welche Woche? _____

Andere Zyklus abhängige Beschwerden?
