

Anamnesebogen für Babys & Kinder

0 BIS 17 JAHRE

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und altersbezogen. Bei Babys werden Beobachtungen der Sorgeberechtigten erfasst. Bei akuten schweren Beschwerden, Atemnot, Krampfanfällen, Bewusstseinsstörungen oder einem deutlich beeinträchtigten Kind bitte sofort ärztliche Hilfe veranlassen.

1 | Angaben zum Kind

Nachname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Alter _____ Geschlecht (freiwillig) _____
Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____
Krankenkasse: ☐ GKV ☐ PKV Name: _____
Zusatzversicherung: _____

2 | Sorgeberechtigung und Kontakt

Sorgeberechtigte Person 1 _____ Telefon _____
Sorgeberechtigte Person 2 _____ Telefon _____
E-Mail _____ Beziehung zum Kind _____
☐ gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ☐ Pflegeperson / Vormund

Besonderheiten zur Sorge- oder Vertretungsberechtigung: _____

3 | Aktuelles Anliegen

Was führt Sie mit Ihrem Kind zu uns? Seit wann besteht es?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Schmerz | ☐ Bewegung / Haltung | ☐ Kopfhaltung / Kopfform |
| ☐ Schlafen | ☐ Trinken / Essen | ☐ Verdauung |
| ☐ Unruhe / Schreien | ☐ Entwicklung | ☐ Sport / Belastung |

Beschwerdeintensität / Belastung: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gering sehr stark

Was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden?

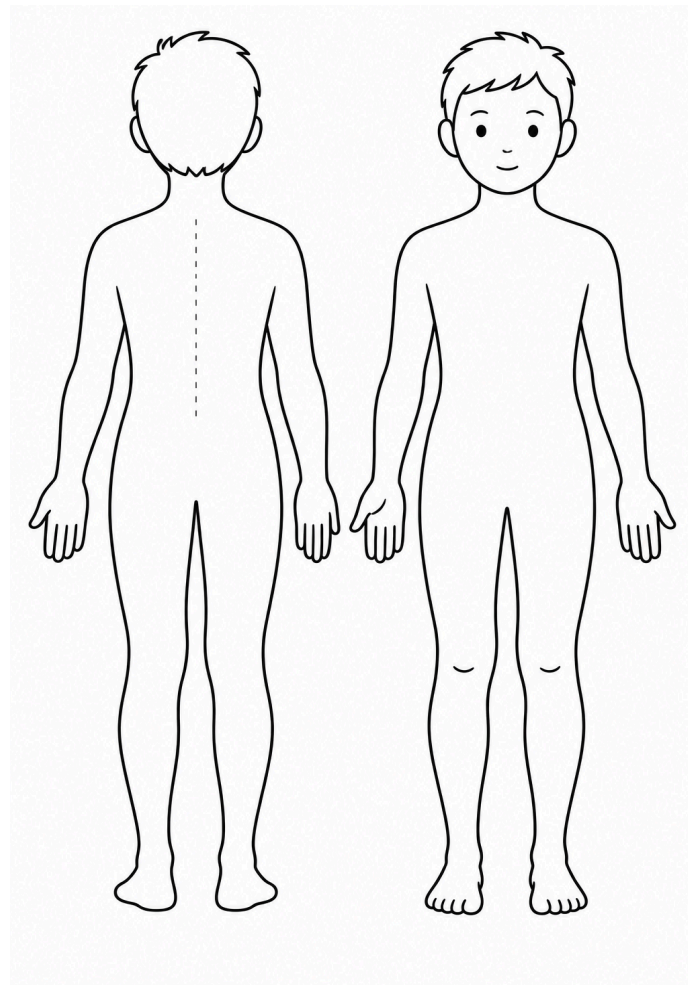
Ziel / Erwartung an die Behandlung: _____

Schmerzzonen

JUNGE, CA. 10 JAHRE

Bitte markieren oder schraffieren Sie die betroffenen Bereiche. Verwenden Sie bei Bedarf Symbole: X = Hauptschmerz, O = Ausstrahlung, Pfeil = Verlauf.

Körperkarte



RÜCKSEITE

VORDERSEITE

Schmerzcharakter und Verlauf

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ☐ dumpf / drückend | ☐ stechend | ☐ brennend |
| ☐ ziehend | ☐ pochend | ☐ elektrisierend |
| ☐ kribbelnd | ☐ taub | ☐ ausstrahlend |

Zusätzliche Hinweise zu den markierten Bereichen:

Schwangerschaft & Geburt

Dieser Abschnitt ist besonders für Säuglinge und Kleinkinder wichtig. Bitte nutzen Sie, soweit vorhanden, Mutterpass, U-Heft oder Entlassungsbrief als Gedächtnisstütze.

4 | Schwangerschaft

Schwangerschaftswoche bei Geburt _____	Einling / Mehrling _____	Lage vor Geburt _____
☐ unauffällige Schwangerschaft	☐ Blutungen	☐ vorzeitige Wehen
☐ Infektion / Fieber	☐ Bluthochdruck / Präeklampsie	☐ Diabetes
☐ starke Übelkeit	☐ Unfall / Sturz	☐ Bettruhe
☐ Medikamente	☐ Nikotin / Alkohol	☐ besondere Belastung

Erkrankungen, Medikamente, Untersuchungsbefunde oder Besonderheiten:

5 | Geburt

☐ spontane vaginale Geburt	☐ Kaiserschnitt geplant	☐ Kaiserschnitt ungeplant
☐ Saugglocke	☐ Geburtszange	☐ Geburtseinleitung
☐ Hausgeburt	☐ Geburtshaus	☐ Klinik
Geburtsdauer ca. _____	Pressphase ca. _____	Fruchtblase wann? _____
☐ sehr schnelle Geburt	☐ lange / erschwerte Geburt	☐ Nabelschnurumschlingung
☐ grünes Fruchtwasser	☐ Schulterdystokie	☐ Beckenendlage
☐ Sternengucker	☐ Geburtsstillstand	☐ starke Blutung der Mutter

Interventionen, Geburtsverletzungen oder weitere Besonderheiten:

6 | Unmittelbar nach der Geburt

Geburtsgewicht _____	Länge _____	Kopfumfang _____	APGAR / pH (falls bekannt) _____
☐ sofort geschrien	☐ Atemunterstützung	☐ Sauerstoff	
☐ Reanimation	☐ Kinderklinik / Intensivstation	☐ Antibiotika	
☐ Neugeborenenengelbsucht	☐ Unterzuckerung	☐ Trennung von Bezugsperson	

Dauer des Klinikaufenthalts und wichtige Befunde:

Säuglingszeit & Entwicklung

7 | Ernährung und Verdauung im ersten Lebensjahr

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ voll gestillt | ☐ teilstillt | ☐ Flaschennahrung |
| ☐ Sondenernährung | ☐ Trinkschwäche | ☐ häufiges Verschlucken |
| ☐ Reflux / starkes Spucken | ☐ Koliken / Blähungen | ☐ Verstopfung |
| ☐ Durchfall | ☐ Gedeihstörung | ☐ Nahrungsmittelreaktion |

Stilldauer _____ Beikost ab _____ Abstillen mit _____

Still-, Saug-, Schluck- oder Verdauungsprobleme und bisherige Maßnahmen:

8 | Schlaf, Regulation und frühe Auffälligkeiten

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ ruhiges Baby | ☐ viel / schrill geschrien | ☐ schwer zu beruhigen |
| ☐ Schlafprobleme | ☐ bevorzugte Kopfseite | ☐ Kopf kaum drehbar |
| ☐ abgeflachter Hinterkopf | ☐ Überstrecken | ☐ sehr schlaff |
| ☐ sehr angespannt | ☐ Berührungsempfindlichkeit | ☐ häufige Unruhe |

Schlaf aktuell (Std./24 h) _____ Aufwachhäufigkeit _____

Beobachtungen zu Schlaf, Schreien, Lagerung oder Regulation:

9 | Entwicklung

Bitte tragen Sie das ungefähre Alter ein. Bei Frühgeburt kann zusätzlich das korrigierte Alter angegeben werden.

Kopfkontrolle _____ Drehen _____ freies Sitzen _____ Krabbeln _____

freies Gehen _____ erste Wörter _____ sauber / trocken _____ aktuell altersgemäß? _____

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Entwicklungsverzögerung | ☐ Regression / Verlust von Fähigkeiten | ☐ Frühförderung |
| ☐ Physio-/Ergotherapie | ☐ Logopädie | ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum |

Entwicklung, Motorik, Sprache, Verhalten oder Wahrnehmung - Besonderheiten:

Medizinische Vorgeschichte

10 | Erkrankungen, Diagnosen und Behandlungen

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Herzfehler / Kreislauf | ☐ Lunge / Asthma | ☐ Krampfanfälle / Epilepsie |
| ☐ neurologische Erkrankung | ☐ Muskelerkrankung | ☐ Hüftdysplasie |
| ☐ Skoliose | ☐ Rheuma / Entzündung | ☐ Stoffwechselerkrankung |
| ☐ Diabetes | ☐ Niere / Harnwege | ☐ Magen / Darm |
| ☐ HNO / häufige Otitis | ☐ Sehen / Hören | ☐ Haut / Neurodermitis |
| ☐ Allergie | ☐ Infektionskrankheit | ☐ psychische Erkrankung |

Diagnosen, Zeitpunkt und aktueller Status:

11 | Operationen, Unfälle und Klinikaufenthalte

Operationen / Krankenhausaufenthalte (Grund, Jahr):

Unfälle, Stürze, Kopfverletzungen, Knochenbrüche (Art, Jahr):

12 | Medikamente und Unverträglichkeiten

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ keine regelmäßigen Medikamente | ☐ Schmerzmittel | ☐ Antibiotika |
| ☐ Kortison | ☐ Antikonvulsiva | ☐ Psychopharmaka |

Medikament, Dosierung, Grund:

Allergien / Unverträglichkeiten und Reaktion:

13 | Warnzeichen - aktuell oder kürzlich

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Atemnot / bläuliche Haut | ☐ Bewusstseinsstörung | ☐ Krampfanfall |
| ☐ neue Lähmung | ☐ starker ungewohnter Kopfschmerz | ☐ anhaltendes Erbrechen |
| ☐ hohes Fieber / Nackensteife | ☐ Trinkverweigerung | ☐ deutlich weniger Urin |
| ☐ Blut im Stuhl / Erbrochenen | ☐ schwerer Unfall | ☐ Kind deutlich verändert |

Falls angekreuzt: Was, seit wann, ärztlich abgeklärt?

Familie, Alltag & Behandlungsrahmen

14 | Familie und Alltag

☐ zu Hause betreut

☐ Krippe / Kita

☐ Schule

☐ Förderschule

☐ Geschwister

☐ wechselnde Haushalte

Klasse / Gruppe _____

Sport / Hobby _____

Bildschirmzeit _____

☐ Lernschwierigkeiten

☐ Konzentrationsprobleme

☐ Ängste

☐ starke Wut / Impulsivität

☐ Mobbing / Konflikte

☐ Schulvermeidung

Besondere familiäre, schulische oder psychosoziale Belastungen:

15 | Familie - relevante Erkrankungen

☐ Wirbelsäule / Gelenke

☐ Rheuma / Autoimmun

☐ Herz / Gefäße

☐ neurologisch

☐ Allergien / Asthma

☐ Entwicklungsstörung

Wer, welche Erkrankung?

16 | Hinweise und Bestätigung

Dieser Bogen bereitet Anamnese und Untersuchung vor. Er ersetzt keine kinderärztliche Diagnostik. Osteopathische oder chiropraktische Maßnahmen werden erst nach altersgerechter Untersuchung und individueller Nutzen-Risiko-Abwägung vorgeschlagen.

Vor einer konkreten Maßnahme werden Sorgeberechtigte und - entsprechend Alter und Einsichtsfähigkeit - das Kind verständlich über Vorgehen, Alternativen und wesentliche Risiken aufgeklärt. Das Ausfüllen dieses Bogens ist keine pauschale Behandlungseinwilligung.

Ich bestätige die Angaben nach bestem Wissen. Ich teile Änderungen mit und versichere, zur Abgabe der erforderlichen Erklärungen berechtigt zu sein. Bei gemeinsamem Sorgerecht Sorge ich für die erforderliche Abstimmung.

Ort / Datum _____ Name Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____

17 | Vom Behandelnden auszufüllen

Relevante Befunde / Gegenanzeigen / Rücksprachebedarf:

Geplantes Vorgehen / individuelle Aufklärung / Entscheidung:

Datum / Uhrzeit _____ Handzeichen Behandler _____

Datenschutzhinweise

INFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Verantwortlicher

Osteopathie & Chiropractic Care, Reiner Kiehlmann, Master of Science (Chiropraktik), Heilpraktiker, Am Saum 3, 37120 Bovenden. Datenschutzanfragen können postalisch an diese Anschrift gerichtet werden.

Zwecke, Datenarten und Rechtsgrundlagen

Wir verarbeiten Stamm-, Kontakt-, Sorgeberechtigungs-, Termin-, Abrechnungs- und Gesundheitsdaten des Kindes sowie erforderliche Kontaktdaten der Sorgeberechtigten zur Anbahnung und Durchführung des Behandlungsvertrags, zur Behandlung und Dokumentation, zur Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten. Rechtsgrundlagen sind insbesondere Art. 6 Abs. 1 Buchst. b und c DSGVO. Gesundheitsdaten verarbeiten wir nach Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG. Freiwillige Verarbeitungen beruhen auf Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und gegebenenfalls Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO.

Empfänger und Übermittlungen

Zugriff erhalten nur befugte, zur Vertraulichkeit verpflichtete Personen. Daten werden nur übermittelt, wenn dies für Behandlung oder Abrechnung erforderlich, gesetzlich vorgeschrieben oder gesondert erlaubt ist, etwa an mitbehandelnde Heilberufe, Labore, Abrechnungs-/Steuerstellen, Versicherungen oder IT-Dienstleister als Auftragsverarbeiter. Eine Drittlandübermittlung ist nicht beabsichtigt.

Speicherdauer

Die Behandlungsakte wird grundsätzlich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630f Abs. 3 BGB), sofern keine längeren gesetzlichen Fristen oder berechtigten Gründe entgegenstehen. Danach werden die Daten datenschutzgerecht gelöscht oder vernichtet.

Rechte der betroffenen Person

Im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen bestehen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und - soweit einschlägig - Widerspruch. Eine Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Rechte des Kindes werden bis zur ausreichenden Einsichtsfähigkeit durch die gesetzliche Vertretung wahrgenommen; die zunehmende Selbstbestimmung des Kindes wird berücksichtigt.

Beschwerden: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon 0511 120-4500, poststelle@lfd.niedersachsen.de, www.lfd.niedersachsen.de.

Bereitstellung / automatisierte Entscheidungen

Erforderliche Angaben müssen für eine sichere Behandlung und Abrechnung bereitgestellt werden; andernfalls kann eine Behandlung gegebenenfalls nicht erfolgen. Freiwillige Angaben sind als solche erkennbar. Es findet keine ausschließlich automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling statt.

Freiwillige Kontakt-Einwilligung

☐ Terminerinnerungen erlaubt über: ☐ Telefon / SMS ☐ E-Mail

Freiwillig und jederzeit für die Zukunft widerruflich; eine Ablehnung beeinflusst die Behandlung nicht.

☐ Datenschutzhinweise erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Für die konkrete Weitergabe von Gesundheitsdaten an eine namentlich benannte Praxis, Klinik oder Versicherung ist bei Bedarf eine separate, zweck- und empfängerbezogene Schweigepflichtentbindung zu verwenden.