

Anamnesebogen für
Neugeborene und Säuglinge

Medical history form for
newborns and infants

Angaben zur Mutter

Information about the mother

Name / Surname:

Vorname / First name:

Geburtsdatum / Date of birth:

Anzahl der Kinder / Number of children:

**Angaben zum
Schwangerschaftsverlauf**

Information about the pregnancy

Besondere Ereignisse, Beschwerden,
Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?

(Hochzeit, Todesfall, Trennung, Unfälle, anstrengendes
Arbeitsverhältnis, vorzeitige Wehen, Übelkeit, Erbrechen,
Operationen, Bluthochdruck, Diabetes, Erkrankungen,
Medikamente, Lage im Mutterleib, Stürze, Stressbelastung
etc.?)

Any special events, complaints,
abnormalities during the pregnancy?

(Wedding, death, separation, accidents, strenuous labor,
preterm labor, nausea, vomiting, surgeries, high blood
pressure, diabetes, illnesses, medications, location of baby
in the womb, falls, stress levels, etc.?)

Angaben zur Geburt und Entbindung

Information about the birth and delivery

Wie verlief die Geburt gab es Beschwerden/Komplikationen?

(Kindslage, Schwangerschaftswochen, frühzeitigen Blasensprung, natürlich, Kaiserschnitt geplant/ungeplant/Notfall, Wassergeburt, Einleitung, Medikamentengaben (PDA, Antibiotika, Schmerzmittel, Wehenverstärker), Hilfsmittel wie Saugglocke, Zange, Druck auf Bauch/Kristeller Handgriff, Geburtsverletzungen, Auffälligkeiten zum Fruchtwasser)

How did the birth go? Were there any complaints/complications?

(Child position, weeks of pregnancy, water broke premature, natural, cesarean section planned/unplanned/emergency, water birth, induction, medication administered (PDA, antibiotics, painkillers, labor intensifier), aids such as suction cup, forceps, birth injuries, abnormalities to amniotic fluid).

Geburtsgewicht (g) / Birth weight (g):

Kopfumfang (cm) / Head circumference (cm):

Nur für Zwillingskinder

For twins only

Bei der Spontangeburt: wer wurde zuerst geboren?

Bei Kaiserschnitt: wurde das untenliegende Kind zuerst geboren?

In case of spontaneous birth: who was born first?

In case of cesarean section: was the child below born first?

Wie verlief die Geburt gab es Beschwerden/Komplikationen?

(Kindslage, Schwangerschaftswochen, frühzeitigen Blasensprung, natürlich, Kaiserschnitt geplant/ungeplant/Notfall, Wassergeburt, Einleitung, Medikamentengaben (PDA, Antibiotika, Schmerzmittel, Wehenverstärker), Hilfsmittel wie Saugglocke, Zange, Druck auf Bauch/Kristeller Handgriff, Geburtsverletzungen, Auffälligkeiten zum Fruchtwasser)

How did the birth go? Were there any complaints/complications?

(Child position, weeks of pregnancy, water broke premature, natural, cesarean section planned/unplanned/emergency, water birth, induction, medication administered (PDA, antibiotics, painkillers, labor intensifier), aids such as suction cup, forceps, birth injuries, abnormalities to amniotic fluid).

Wie haben Sie die Geburt empfunden?

How did you experience the birth?

Angaben zum Kind	Information about the child
-------------------------	------------------------------------

Geschlecht / Gender: männlich/
male weiblich/
female divers/
diverse

Geburtsdatum / Date of birth:

Körpergröße (cm) / Current height (cm):

Gewicht (g) / Current weight (g):

Kinderarzt mit Kontaktdaten / Pediatrician with contact details:

Aktuelle Beschwerden, Auffälligkeiten Ihres Kindes, Vorstellungsgrund

Your child's current complaints, issues, reason for concern

Gibt es wesentliche Erkrankungen, Verletzungen, Operationen: Welche? Wann?

Are there any significant illnesses, injuries, surgeries: Which ones? When?

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen: Welche?

Does your child need to take medication regularly: Which ones?

Angaben zur Ernährung

Information regarding Nutrition

Gab/gibt es Probleme beim Stillen?
(Seitenbevorzugung, wunde Brustwarzen, Verweigerung, abnehmender Milchfluss, Kind wird nicht satt)

Were/are there any problems with breastfeeding?
(Side preference, sore nipples, refusal, decreasing milk flow, child not getting full).

Gibt es Probleme mit der Verdauung?
(Blähungen, Koliken, Verstopfung)

Are there any problems with digestion?
(Flatulence, colic, constipation)

Ist Ihr Kind sehr unruhig und schreit es
übermäßig?

Is your child very restless and does he or she
cry excessively?

Wie ist das Schlafverhalten? (Position/Qualität)

How is the sleeping behavior? (Position/Quality)

Liegt Ihr Kind häufig schief oder überstreckt
es sich stark? Liegt der Kopf häufig auf einer
Seite? (Schädelverformung, lässt sich nicht ablegen)

Does your child often lie crooked or
overstretch a lot? Does the head often lie on
one side? (Deformation of the skull, cannot be laid
down)

Angaben zu den Impfungen

Information regarding vaccines

Wann ist letzte Impfung erfolgt / When was the last vaccination:

Termin der nächsten Impfung / Date of the next vaccination:

Impfreaktionen / Vaccination reactions:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Thank you for your assistance!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen 24 Stunden vor Ihrem Termin per E-Mail an die folgende Adresse zurück:

melanie.kirsten@pheos-muenchen.de

Wir werden diesen dann gerne zusammen besprechen. Selbstverständlich unterliegen alle diese Informationen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Please return the completed questionnaire by e-mail 24 hours before your appointment to the following address:

melanie.kirsten@pheos-muenchen.de

We will then be happy to discuss it together. Of course, all this information is subject to confidentiality and will be treated confidentially.