



**Bitte unbedingt vollständig ausgefüllt mitbringen!**

**Anamnese Fragebogen 0 bis 24 Monaten / KiSS**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft \_\_\_\_\_ Wochen Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Besonderheiten Geburt (Querlage, BEL, Saugglocke, Sectio, Nabelschnurumschlingung etc.):

Weitere Auffälligkeiten (bitte ankreuzen)

Begleitproblematik	sehr auffällig	auffällig	minimal auffällig	unauffällig	weiß nicht
Spucken					
Schlafen					
Stillen/Trinken					
Schreien					
Stuhlgang					
Stimmung					
Erregbarkeit					

Sonstige Erkrankung/Medikation: \_\_\_\_\_

Letzte Impfung: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapien (KG, Osteo, wann): \_\_\_\_\_

Name & Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Wurde hier schon ein Geschwisterkind behandelt?

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_