



Dr. med. Agathe Traut
 Dr. med. Sascha Kalkbrenner
 Brückenstr. 2a 54338 Schweich

U7 Anamnese

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Untersuchungsdatum:

		Ja	NEIN
1.	Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken oder Essen, gibt es Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es Stuhlauffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hat Ihr Kind Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hat Ihr Kind häufiger Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gibt es Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gibt es Verhaltensauffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Hat Ihr Kind Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Wie viele Einzelwörter spricht Ihr Kind?		
9.	Spricht Ihr Kind Zwei-Wortsätze? (Mama komm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Versteht es kurze Fragen, z. B. Wo ist die Tür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Kann Ihr Kind kurze Aufträge ausführen, z.B. Gib Papa den Becher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ahmt Ihr Kind Worte wie Auto, Baby, Teddy nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Kann Ihr Kind eine Treppe mit festhalten am Geländer gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wann ist Ihr Kind gelaufen?		
15.	Sehen Sie Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Wird die Fluorprophylaxe durchgeführt? (Zähne mit fluorhaltiger Zahncreme putzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Wurden bis jetzt alle Impfungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Wurde Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich bin mit evtl. erforderlichen Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) einverstanden:		

Unterschrift