

Dres. med. Wehner, Meyer-Rößler	1. Patientenversorgung 1.2. Untersuchung und Diagnostik	Freigabe auf Seite: 9	Seite: 5 von 8
Ernst-Bode-Str. 17 27432 Bremervörde	1.2.1 Anamnese	Check:	Version:

ANAMNESEBOGEN für Kinder von 7 – 12 Jahren

Datum: _____

Name des Patienten/in: _____

Geburtsdatum: _____

Familienanamnese:

1. Gibt es Augenerkrankungen in der Familie? ja / nein / nicht bekannt

Welche: _____

2. Gibt es Brillenträger in der Familie? ja / nein / nicht bekannt
 Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Hornhautverkrümmung
 unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge

3. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal? ja nein
wenn nein:

Frühgeburt: welche Schwangerschaftswoche? _____

welches Geburtsgewicht? _____

Sauerstoffversorgung: ja nein

wie lange? _____

Geburtskomplikationen: _____

4. Wie verläuft die kindliche Entwicklung?

Grobmotorik (Robben/Krabbeln/Laufen)	<input type="radio"/> altersgemäß	<input type="radio"/> verzögert
Feinmotorik (Greifen/Hand-Augen-Koordination)	<input type="radio"/> altersgemäß	<input type="radio"/> verzögert
Sprachentwicklung	<input type="radio"/> altersgemäß	<input type="radio"/> verzögert
Malen und Ausschneiden	<input type="radio"/> altersgemäß	<input type="radio"/> verzögert

5. Traten bisher Allgemeinerkrankungen oder Unfälle auf? ja nein

wenn ja, welche? _____

6. Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein

7. Wirkt Ihr Kind ungeschickt (häufiges Stolpern, Hinfallen, Danebengreifen)? ja nein

8. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschätzen von Entfernungen? ja nein

9. Ist Ihr Kind? ruhig und bedächtig?
 unruhig und zappelig?

10. Wie schaut Ihr Kind Bücher an? normal oder geht es nah ran?

Dres. med. Wehner, Meyer-Rößler	1. Patientenversorgung 1.2. Untersuchung und Diagnostik	Freigabe auf Seite: 9	Seite: 6 von 8
Ernst-Bode-Str. 17 27432 Bremervörde	1.2.1 Anamnese	Check:	Version:

11. Welche Beschäftigung wird gemieden?

- Malen Puzzeln Basteln Bücher lesen o. ansehen

12. Wie lange kann Ihr Kind sich konzentrieren? _____

13. Ist Ihr Kind in der Schule/dem Kindergarten auffällig? ja nein

14. Welche Klasse und Schulform besucht Ihr Kind?

15. Mit welchem Alter wurde es eingeschult? _____ Lebensjahre

16. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder übersprungen? w ü

17. Ist Ihr Kind?

- rechtshändig
- linkshändig
- umgeschult auf rechts

18. Liest Ihr Kind?

- ja nein
- gern überwiegend Comics sehr langsam phantasiert beim Lesen