

Datum: 28.07.2022

Anamnesebogen Schlafmonitor

Patient:

Mustermann Max

Wildparkstraße 7 09247 Röhrsdorf

geboren: 01.01.2000

Tel.: 0372259200

Hausarzt:

1.Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie Erbkrankheiten bekannt?

Wenn ja, welche:	ja	nein
------------------	----	------

Sind in Ihrer Familie chronische Erkrankungen?

Wenn ja welche:	ja	nein
-----------------	----	------

Gibt es in Ihrer Familie unklare Todesfälle/SIDS	ja	nein
--	----	------

Ist eines Ihrer Kinder verstorben?	Ja	nein
------------------------------------	----	------

wenn ja, Ursache :

Alter des Kindes in Wochen:

Geschlecht:

Tageszeit:

Hat eines Ihrer Kinder ein für Sie lebensbedrohlich erscheinendes Ereignis durchgemacht (ALTE)	ja	nein
--	----	------

Vorausgegangene Geburten

Geb.Jahr	SSW	männl/weibl	gesund ja /nein	Bemerkung
1.				
2.				
3.				
4.				

2.Schwangerschaft mit diesem Kind

Gab es während dieser Schwangerschaft Besonderheiten? Ja nein
 (EPH-Gastrose, vorzeitige Wehen, Blutung, frühzeitiger Blasensprung, Infektion,
 übermäßiges Erbrechen, Plazentainsuffizienz, Mehrlingsschwangerschaft)
 wenn ja, welche:

-hat sich Ihr Kind im Mutterleib wenig bewegt? Ja nein

-gab es besondere seelische Belastungen? Ja nein

-wurden Medikamente eingenommen? Ja nein

wenn ja, welche/ wann:

-wurden Drogen oder Alkohol eingenommen? ja nein

-haben Sie Zigaretten geraucht? Ja nein
 wenn ja ,wie viel:

3.Geburtsanamnese (siehe gelbes U-Heft)

-in welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? SSW

-gab es Probleme bei der Geburt ja nein
 wenn ja, welche:

Geburtsmodus: Spontan Kaiserschnitt
 Saugglocke Zange

Lage des Kindes: Schädellage Steißlage andere Lage

Maße des Kindes bei der Geburt: Gewicht kg, Länge cm
 Kopfumfang APGAR-Wert / / , PH-Wert

Praxis Tannenstraße
Dipl.-Med. Birgit Lange & Dr. med. Tilmann Hacker
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Tannenstr.17, 01097 Dresden

-traten bei Ihrem Kind nach der Geburt Probleme auf? Ja nein
(z.B. Infektion, Unterzuckerung, Gelbsucht Beatmung)
wenn ja, welche:

-schläft Ihr Kind überwiegend in Bauchlage? Ja nein

-wurden Operationen durchgeführt? Ja nein
wenn ja, welche:

-gab es Komplikationen ja nein
wenn ja, welche:

-wurden Impfungen durchgeführt ja nein
wenn ja, welche:
