Medizinisches Versorgungszentrum
Gelnhausen

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

Anamnesebogen für die neuropädiatrische Vorstellung

Bitte vor dem Termin von den Eltern / Erziehungsberechtigten ausfüllen

Liebe Eltern, herzlich willkommen! Um uns bestmöglich auf das Gespräch mit Ihnen und Ihrem Kind vorzubereiten, bitten wir Sie, diesen Bogen vor dem Termin in Ruhe auszufüllen. Je ausführlicher Ihre Angaben sind, desto gezielter können wir auf die Anliegen Ihres Kindes eingehen. Für die Beantwortung mancher Fragen kann es hilfreich sein, das gelbe Vorsorgeheft (U-Heft) zur Hand zu nehmen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. Angaben zum Kind

Vorname(n) _____ **Nachname** _____

Geburtsdatum _____ **Geschlecht** _____ **Muttersprache(n) / Familiensprache(n)** _____

Telefon _____ **E-Mail** _____

2. Angaben zu den Eltern / Erziehungsberechtigten

Mutter / 1. Erziehungsberechtigte(r)

Name _____ **Telefon** _____

E-Mail _____ **Beruf** _____

Vater / 2. Erziehungsberechtigte(r)

Name _____ **Telefon** _____

E-Mail _____ **Beruf** _____

Sorgerecht

☐ gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht Mutter ☐ alleiniges Sorgerecht Vater ☐ Sonstiges:

Geschwister (Name, Alter bzw. Geburtsjahr/-datum)

3. Zuweisung / Überweisung

überweisende Praxis / Klinik _____ **Datum** _____

Grund der Überweisung (falls bekannt):

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

4. Grund und Hintergrund der Vorstellung

Dies ist der wichtigste Abschnitt dieses Bogens. Bitte nehmen Sie sich Zeit und schildern Sie in eigenen Worten, so ausführlich wie möglich, was Sie zu uns führt. Es gibt kein „Zuviel" an Information – jede Angabe hilft uns, Ihr Kind und Sie besser zu verstehen.

Was ist der Hauptgrund für den Termin? Was genau ist Ihnen an Ihrem Kind aufgefallen?

Seit wann bestehen diese Auffälligkeiten bzw. Beschwerden? Sind sie plötzlich oder schleichend aufgetreten?

Wie hat sich das Problem seither entwickelt – gleichbleibend, langsam besser, langsam schlechter, in Schüben?

Wer hat die Auffälligkeit zuerst bemerkt (z. B. Sie selbst, Erzieher*innen, Lehrkräfte, Kinderarzt/-ärztin, das Kind selbst)?

In welchen Situationen tritt das Problem besonders auf oder verstärkt es sich (z. B. Müdigkeit, Stress, bestimmte Tageszeit, Fieber, bestimmte Orte)?

Haben Sie bereits einen möglichen Auslöser oder Zusammenhang festgestellt?

Was wurde bislang bereits unternommen (Arztbesuche, Untersuchungen, Therapien, eigene Maßnahmen) – und mit welchem Ergebnis?

Was ist derzeit Ihre größte Sorge, bzw. welche Frage möchten Sie heute unbedingt beantwortet bekommen?

Was erhoffen Sie sich von der heutigen Vorstellung in unserer Praxis (z. B. Diagnoseklärung, Beratung, Therapieempfehlung, zweite Meinung)?

Weitere Ausführungen

Hier ist Platz für alles, was Sie uns darüber hinaus mitteilen möchten:

Falls der Platz nicht ausreicht, legen Sie diesem Bogen gerne ein weiteres Blatt bei.

5. Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftsverlauf:

☐ unauffällig ☐ mit Komplikationen

Falls Komplikationen: welche? (z. B. Blutungen, Infektionen, Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Medikamente/Alkohol/Nikotin in der Schwangerschaft)

Geburtsmodus:

☐ Spontangeburt ☐ geplanter Kaiserschnitt ☐ Not-Kaiserschnitt ☐ Saugglocke / Zange

Geburtstermin (oder SSW)	Geburtsgewicht	Geburtslänge	Kopfumfang

APGAR-Werte (falls bekannt)	Nabelarterien-/“Nabelschnur“-pH (falls bekannt)

Besonderheiten nach der Geburt (z. B. Sauerstoffgabe, Behandlung auf Frühgeborenen-/Kinderintensivstation, Neugeborenengelbsucht, Anpassungsstörungen, Krampfanfälle):

6. Neugeborenenperiode / erste Lebenswochen

Auffälligkeiten in den ersten Lebenswochen (z. B. Trinkschwäche, übermäßiges Schreien, auffällige Muskelspannung – zu schlaff oder zu steif, Auffälligkeiten beim Neugeborenen-Screening oder Hörscreening):

7. Entwicklung – Meilensteine

Bitte tragen Sie, soweit erinnerlich, das Alter ein, in dem Ihr Kind die folgenden Fähigkeiten erreicht hat (Angabe in Monaten/Jahren):

Meilenstein	im Alter erreicht	Ihre Einschätzung	Anmerkung
Kopfkontrolle		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Sich drehen		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Freies Sitzen		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Krabbeln		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Freies Laufen		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Erste Wörter		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Erste Sätze (2–3 Wörter)		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Sauberkeit tagsüber		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Sauberkeit nachts		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Fahrradfahren (ohne Stützräder)		☐ unauffällig ☐ auffällig	
Selbständiges An-/Ausziehen		☐ unauffällig ☐ auffällig	

8. Aktueller Entwicklungsstand

Grobmotorik (z. B. Laufen, Springen, Treppensteigen, Balance)

Feinmotorik (z. B. Malen, Basteln, Besteck benutzen, An-/Ausziehen)

Sprache und Kommunikation

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

Sozial-emotionale Entwicklung

Kognition / schulische bzw. vorschulische Leistungen

9. Anfälle und anfallsartige Ereignisse

Ist bei Ihrem Kind schon einmal eines der folgenden Ereignisse aufgetreten? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Bewusstseinsverlust ☐ Sturz ohne erkennbaren Grund ☐ rhythmische Zuckungen

☐ Erstarren / kurze Aussetzer ☐ auffällige Blässe ☐ Atemanhalten

☐ Fieberkrampf ☐ unwillkürliche Bewegungen ☐ Sonstiges:

Falls ja: Bitte beschreiben Sie den typischen Ablauf so genau wie möglich (Beginn, Dauer, genaues Aussehen, Verhalten danach, Häufigkeit, mögliche Auslöser):

Liegt eine Video-Aufnahme eines solchen Ereignisses vor? *[wenn ja, dann bitte sehr gerne zur Vorstellung mitbringen]*

☐ Nein ☐ Ja

10. Kopfschmerzen

☐ keine Kopfschmerzen ☐ gelegentlich ☐ häufig / regelmäßig

Falls Kopfschmerzen bestehen: Lokalisation, Charakter (z. B. pochend, drückend), Dauer, Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen, Licht-/Lärmempfindlichkeit), Auslöser, was hilft?

(zur optimalen Vorbereitung empfehlen wir die Dokumentation mittels eines Kopfschmerzkalenders, z.B. der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, DMKG – gerne auch von uns zu erhalten; sonst unter www.dmkg.de online zu finden]

11. Schlaf

☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme ☐ Schnarchen

☐ Atemaussetzer ☐ Albträume / Schlafwandeln ☐ Bettnässen

Weitere Anmerkungen zum Schlaf:

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

12. Ernährung und Gedeihen

Essverhalten, Gewichtsentwicklung, besondere Diäten, Schluckstörungen, Sondennahrung o. Ä.:

13. Verhalten, Aufmerksamkeit und Sozialkontakte

☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ Unruhe / Hyperaktivität ☐ Impulsivität

☐ Rückzug / wenig Sozialkontakt ☐ häufige Wutausbrüche ☐ Ängste

☐ Zwänge / feste Rituale ☐ stereotype Bewegungen ☐ selbst- oder fremdverletzendes Verhalten

Weitere Anmerkungen zu Verhalten, Stimmung und Umgang mit anderen Kindern und Erwachsenen:

14. Vorerkrankungen

Bestehende oder frühere Erkrankungen (z. B. Herz-, Nieren-, Stoffwechselerkrankungen, häufige oder schwere Infektionen):

15. Operationen, Krankenhausaufenthalte, Unfälle

Operationen, Krankenhausaufenthalte und Unfälle/Verletzungen (insbesondere Kopfverletzungen) mit ungefährem Datum:

16. Aktuelle Medikamente

Medikament	Dosierung	seit wann	Verträglichkeit / Wirkung

17. Allergien und Unverträglichkeiten

Bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges):

18. Impfstatus

☐ vollständig nach Impfkalender ☐ unvollständig ☐ unbekannt

Bitte bringen Sie den Impfausweis zum Termin mit.

19. Bisherige Diagnostik

Untersuchung	wann / wo durchgeführt	Ergebnis (falls bekannt)
EEG		
MRT / CT des Schädels		
Stoffwechselscreening (Neugeborenes)		
Genetische Diagnostik		
Hörtest		
Sehtest / augenärztliche Untersuchung		
Laboruntersuchungen / Blutbild		
Sonstiges		

20. Bisherige und aktuelle Therapien / Fördermaßnahmen

☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie

☐ Frühförderung ☐ Psychotherapie ☐ Sonstiges (z.B. Heilpädagogik, „Motopädie“):

Seit wann, wie oft und mit welchem Erfolg wird bzw. wurde die jeweilige Therapie durchgeführt?

21. Kindergarten / Schule

Einrichtung / Schule **Klasse / Gruppe**

☐ Regelkindergarten / Regelschule ☐ Integrationsplatz / Förderschule ☐ Schulbegleitung / I-Helfer vorhanden

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

Rückmeldungen von Erzieher*innen oder Lehrkräften, besondere Unterstützung, Auffälligkeiten in der Einrichtung:

22. Familienanamnese

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.) ähnliche Erkrankungen oder Auffälligkeiten, z. B. Epilepsie, Entwicklungsstörungen, Lernschwierigkeiten, psychiatrische Erkrankungen, Migräne oder genetische Erkrankungen?

Sind die Eltern miteinander blutsverwandt/konsanguin (z. B. Cousin/Cousine)?

☐ Nein ☐ Ja falls ja: welches Verwandtschaftsverhältnis besteht?: _____

23. Familiäre und soziale Situation

Wer lebt im Haushalt? Gibt es aktuell besondere familiäre Belastungen (z. B. Trennung, Erkrankungen, berufliche oder finanzielle Sorgen), die für uns wichtig sein könnten?

24. Ergänzende Angaben

Gibt es etwas, das Sie uns noch mitteilen möchten und das bisher nicht abgefragt wurde?

Praxis für spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Gelnhausen gGmbH | Herzbachweg 14, Haus E |63571 Gelnhausen
Tel. 06051 / 9141 – 400 | Fax. 06051 / 9141 – 402 | kinderpraxis@mvz-gelnhausen.de

25. Zum Termin bitte mitbringen

☐ Impfausweis

☐ Gelbes Vorsorgeheft (U-Heft)

☐ Vorbefunde / Arztberichte (z. B. Kinderarzt, Kliniken, Therapeuten)

☐ Aktuelle Medikamentenliste

☐ Bildgebung (CD/USB oder Berichte von MRT/CT), falls vorhanden

☐ Zeugnisse / Schul- oder Kindergartenberichte, falls relevant

☐ Video-Aufnahmen von auffälligen Episoden, falls vorhanden

☐ Dieser vollständig ausgefüllte Anamnesebogen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vorbereitung Ihres Termins in unserer Praxis.

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____