

Name der Familie _____

Datum _____

Beginn der Betreuung

Modul 2

Anamnese: Kind

Name des Kindes _____		Geburts-/Kinderklinik _____	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburt in SSW	<input type="text"/>	ET	<input type="text"/>
Geburtsmodus			
GW	<input type="text"/> g	KL (bei Geburt)	<input type="text"/> cm
		KU (bei Geburt)	<input type="text"/> cm
Apgar-Index	<input type="text"/>	Mehrling	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl <input type="text"/>
Früherkennungsuntersuchung			
<input type="checkbox"/> U1	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U2	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U3	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U4	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U5	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U6	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U7	Auffälligkeit _____		
<input type="checkbox"/> U7a	Auffälligkeit _____		
Anmerkungen (z. B. Gewicht, Besonderheiten in der Entwicklung, Impfungen, Screenings)			

 Gewichts-
perzentile

Weist das Kind gesundheitliche Besonderheiten auf?		
(z. B. chronische Erkrankung, Behinderung, Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten)		
nein	ja	Beschreibung und Handlungsbedarf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

 Grenzsteine
der Entwick-
lung und
Merkblätter
„Seelisch
gesund auf-
wachsen“