**Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuelle Anamnese des Kindes:**

Gab es schwerwiegende Erkrankungen

oder Operationen seit der letzten Untersuchung? O Nein O Ja

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken oder

besteht eine Schluckstörung? O Nein O Ja

Schreit Ihr Kind auffällig? O Nein O Ja

Bestehen Risikofaktoren für eine Hüfterkrankung? O Nein O Ja

**Familienanamnese:**

Besteht in der Familie eine Augenerkrankung

(z.B. Kinderlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie,

oder erbliche Augenkrankheiten)? O Nein O Ja

Bestehen angeborene Hörstörungen oder

Ohrfehlbildungen? O Nein O Ja

Bestehen Immunabwehr-Störungen? O Nein O Ja

Hat ein Familienmitglied eine Hüfterkrankung? O Nein O Ja