

Osteopathie für Ihr Kind

Anamnese Fragebogen

für _____

geb. _____

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem.

Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

1. Fragen zur Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. ja nein
(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige...)

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt ja nein

Ggf. Name _____

2. Fragen zu Schwangerschaft / Kind

Anzahl der Schwangerschaften _____

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Art der Schwangerschaft _____
(Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI))

Medikamente während der Schwangerschaft _____
(Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.)

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?
ja nein

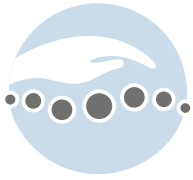
Entbindung in der _____ Woche

Geburtsgewicht _____ g

Länge _____ cm

Apgar _____ / _____ / _____

PH-Wert Nabelschnur _____



3. Fragen zur Geburt

Spontan ja nein

Eingeleitet ja nein

Wenn ja mit was? _____
(Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.)

Kaiserschnitt ja nein

geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand _____

Lage des Kindes _____
(Schädellage/ Beckenendlage/Sternengucker...)

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung _____ Std.

Anzahl (ca.) Presswehen _____

PDA /Spinalanästhesie ja nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet ja nein

Welche? (z.B. Zange/Saugglocke) _____

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? (Kristeller-Handgriff) ja nein

Die Nabelschnur war verschlungen. ja nein

Wenn ja, wo/worum? _____

Sonstige Komplikationen _____

4. Nach der Geburt:

Das Kind hat sofort geschrien. ja nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt? ja nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes _____ Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen. (Ikterus/Gelbsucht) ja nein

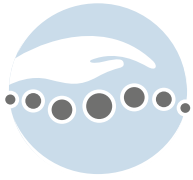
Dauer der Lichttherapie _____ Tage

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja nein

Wenn ja, warum? _____

Wurde das Kind beatmet? ja nein

Dauer der Beatmung _____ Tage



OSTEOPATHIE PANKOW

Medikamente ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bäuerchen kommt schwer ja nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja nein

Wir haben ein Spuckkind. ja nein

Abendliche Unruhe ja nein

Wenn ja, wie lange? _____ Std.

Unstillbares Schreien ja nein

Wenn ja, wie lange? _____ Std.

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen? _____ Std.

6. Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt ja nein

Erst später sichtbar ja nein

Köpfchen ist abgeflacht. ja nein

Wenn ja, wo? _____

Überstreckt sich das Kind/Macht es sich steif? ja nein

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt (breit wickeln/Spreizhose). ja nein

Das Baby schaut(e) nur nach rechts links

- bevorzugt eine Brust rechts links

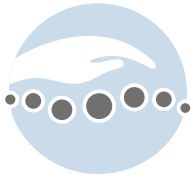
- dreht(e) sich nur nach rechts links

- bewegt beide Arme gleich ja nein

Ihr Kind schläft in Rückenlage Seitenlage

Akzeptiert Ihr Kind die Rückenlage? ja nein

- die Bauchlage ja nein



7. Sonstige Erkrankungen

Welche? _____

(Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, etc.)

8. Bisherige Therapie

9. Kinderarzt

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

10. Kontaktdaten der Eltern / des Erziehungsberechtigten

Name _____

Adresse _____

Tel. _____ Email _____

11. Sonstige Informationen

Ort / Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten