

Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen

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.) zur Familie

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

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt ja/nein
wer _____

2.) Schwangerschaft/Kind:

Anzahl: _____

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

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.) Die Geburt:

Spontan: ja/nein

Eingeleitet: ja/nein

Mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) _____

Kaiserschnitt : ja/nein
geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand _____

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

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung:_____

Anzahl (ca.) Presswehen _____

PDA /Spinalanästhesie : ja/nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke) ja/nein _____

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

Die Nabelschnur war verschlungen ja/nein
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 ja/nein _____Tage
(Ikterus/Gelbsucht)

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja/nein
warum:_____

Wurde das Kind beatmet ja/nein _____Tage

Medikamente ja/nein
welche: _____

5.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein
welche _____

Bäuerchen kommt schwer ja/nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Wir haben ein Speikind ja/nein

Abendliche Unruhe ja/nein wie lange _____Stunden.

Unstillbares Schreien ja/nein wie lange _____Stunden

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen _____Stunden

6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt ja/nein

Erst später sichtbar ja/nein

Köpfchen ist abgeflacht ja/nein

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
	Bauchlage	ja/nein

7.) Sonstige Erkrankungen

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

8.) Bisherige Therapie

9.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

10.) Name, Adresse, Telefonnummer der/des Eltern/Erziehungsberechtigten

10.) Sonstige Informationen:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten