

Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen

Anamnese Fragebogen für, geboren

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, sonstiges...)

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

Wenn ja, was:

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

Die Nabelschnur war verschlungen: ja / nein

wo / worum:

Sonstige Komplikationen:



BRITTA SCHERER
Praxis für Osteopathie
& Physiotherapie

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
..... Tage

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



BRITTA SCHERER
Praxis für Osteopathie
& Physiotherapie

7.) Sonstige Erkrankungen:

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

.....
.....

8.) Bisherige Therapie:

.....
.....

9.) Name, Adresse, Telefonnummer:

| | | | |
|----------------|-------|--------------------|-------|
| Eltern: | | Kinderarzt: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Datum, Ort: _____ **Unterschrift:** _____

