

Fragebogen für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen

Diese Angaben werden vertraulich behandelt!

Bitte füllen Sie diesen Bogen soweit Sie können aus. Sie helfen uns bei der Erstellung des bestmöglichen Therapieablaufes. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Größe:

Gewicht bei Geburt: APGAR-Wert:

Erziehungsberechtigte/r: Telefon / E-Mail:

Familienanamnese

● Erkrankungen der Eltern:

.....

● Frühere Schwangerschaften:

.....

● Frühere Entbindungen / Geschwister:

.....

● Bekannte Gen-Schädigungen in der Familie:

☐ Ja ☐ Nein

.....

● Bekannte neurologische Erkrankungen:

☐ Ja ☐ Nein

.....

- 
- Körperliche Verspannungen und chronische Wirbelsäulenbeschwerden der Mutter:
☐ Ja ☐ Nein
-



Der Verlauf der Schwangerschaft

- Probleme der inneren Organe während der Schwangerschaft:
☐ Ja ☐ Nein
-

- Wirbelsäulenprobleme während der Schwangerschaft:
☐ Ja ☐ Nein
-

- 
- Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (Fruchtwasser):
-

- Medikamente während der Schwangerschaft?
☐ Ja ☐ Nein
-

- 
- Suchtmittel während der Schwangerschaft?
☐ Ja ☐ Nein
-

- Toxische Belastung während der Schwangerschaft?
☐ Ja ☐ Nein
-

- 
- Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren?
-

- Hat es vorzeitige Wehen gegeben?
☐ Ja ☐ Nein
-

- 
- War eine Cerclage (Verschluss des Muttermundes) erforderlich?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)?

☐ Ja ☐ Nein

- War der Eintritt des Kindes ins Becken zu früh?

☐ Ja ☐ Nein



Die Entbindung

- War es eine normale Geburt?

☐ Ja ☐ Nein

- War es eine Problemgeburt?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- War es ein Kaiserschnitt?

☐ Ja ☐ Nein

- War es eine Zangengeburt?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- War es eine Saugglockengeburt?

☐ Ja ☐ Nein

- Kam das Kind zu früh / war es übertragen?

☐ Ja ☐ Nein



Nach der Geburt



- Lag eine Zyanose vor (war das Kind blau)?
☐ Ja ☐ Nein

- Wie war die Schädelform des Kindes?

- Gab es Gesichtsanomalien?
☐ Ja ☐ Nein

- Lagen Ödeme vor?
☐ Ja ☐ Nein

- Lagen Ekchymosen vor (Schleimhautblutungen)?
☐ Ja ☐ Nein

- Waren die Reflexe normal?
☐ Ja ☐ Nein

- Konnte das Kind von Anfang an saugen?
☐ Ja ☐ Nein

- Mussten zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel eingesetzt werden?
☐ Ja ☐ Nein

- Wie war der Apgar (Herzfrequenz, Atemanstrengung, Muskeltonus, Hautfarbe)?

Die Entwicklung des Kindes

- 
- Hat das Kind die durch die Geburt verursachten Asymmetrien lange behalten?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Bestand ein Strabismus (Schielen)? Wenn ja, war es permanent da?

☐ Ja ☐ Nein

- Hat das Kind eine bevorzugte Lage beim Schlafen oder Stillen?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Wie ist das Schlafverhalten des Kindes?

- Zittert das Kind häufig, gibt es Phasen mit verstärkter Spastizität (Muskelüberreizung)?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Saugt und schluckt das Kind normal?

☐ Ja ☐ Nein

- Gibt es Probleme der Regurgitation (Spuckkinder)?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Schreit das Kind häufig?

☐ Ja ☐ Nein

- Hat das Kind besondere Angewohnheiten (kratzen, Kopf gegen das Bett schlagen usw.)?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Haben sich die Fontanellen zum üblichen Termin geschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

- Hat der Schäeldurchmesser regelmäßig zugenommen?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Hat das Kind Bedürfnis, an seinem Daumen zu lutschen?

☐ Ja ☐ Nein

- Bekommt das Kind seine Zähne regulär?

☐ Ja ☐ Nein

- Ist das Verhältnis Ober- und Unterkiefer harmonisch?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Hat es beide Arme und Beine auf dieselbe Art benutzt?

☐ Ja ☐ Nein

- 
- Wie verlief das Krabbeln?

- Wie verlief das Gehen lernen?

- Wie verlief die Sprechphase?

- 
- Leidet das Kind an Enuresis (Bettnässen)?

☐ Ja ☐ Nein

- Verläuft das Wachstum normal?

☐ Ja ☐ Nein

● Nimmt das Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

Ergänzungen und Anmerkungen der Eltern

Hier haben Sie die Möglichkeit, alles zu ergänzen, was Ihnen wichtig erscheint und bisher nicht abgefragt wurde.

Weitere Beschwerden / Symptome des Kindes:

Bisherige Behandlungen / Therapien / Diagnosen:

Besondere familiäre oder soziale Situation:

Sonstiges / Fragen an die Praxis:

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: