

Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen

Anamnese Fragebogen für, geboren am

Damit ich Ihr Kind optimal behandeln 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. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1.) Zur Familie?

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt wie Beckenschiefstand, Skoliose, Sonstiges... bekannt? ja/nein

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt? ja/nein
Name:

2.) Schwangerschaft/Kind?

Anzahl?

Alter der Mutter bei der Geburt?

Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI)?

Wurden Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.) eingenommen?

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft: ja/nein – wenn ja, was genau?

Entbindung in Woche?

Geburtsgewicht in Gramm? Länge in cm? APGAR-Index?

pH-Wert Nabelschnur?

3.) Wie war der Geburtsverlauf?

Spontan? ja/nein

Eingleitet? ja/nein

Durch 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?
wo/worum? _____ ja/nein

Sonstige Komplikationen? _____

4.) Nach der Geburt:

Das Kind hat sofort geschrien? ja/nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt? ja/nein

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen
(Ikterus/Gelbsucht)? ja/nein – wie viele Tage?

Dauer des Krankenhausaufenthaltes? _____ Tage?

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation?
Warum? _____ ja/nein

Wurde das Kind beatmet? ja/nein – wie viele Tage?

Wurden Medikamente verabreicht?
Welche: _____ ja/nein

5.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten?
In welcher Art? _____ ja/nein

Bäuerchen kommt schwer? ja/nein

Bauchschmerzen/der Stuhlgang kommt schlecht? ja/nein Wir

haben ein Spuckkind? 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

Ihr Kind schläft in?	Rückenlage / Seitenlage
Das Baby...	schaut/schaute bevorzugt nach rechts/links?
	eine Brust dreht/drehte sich nur nach rechts/links?
	bewegt beide Arme gleich?
Akzeptiert Ihr Kind?	Rückenlage ja/nein Bauchlage ja/nein

7.) Sonstige Erkrankungen?

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

8.) Bisherige Therapien?

9.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes?

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

11.) Sonstige Informationen?

Ort: Datum: Unterschrift des Erziehungsberechtigten: