

Anamnesebogen Säuglinge, Kleinkinder und Kinder

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf. durchstreichen.

Anamnese Fragebogen für, geb.....

Name der/des Eltern/Erziehungsberechtigten

1.) zur Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt.

Ja/Nein

(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..)

Hat Ihr Kind Geschwister?

Falls ja, wie alt

2.) Schwangerschaft/Kind

Anzahl: _____

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, CSI): _____

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

Entbindung in der _____ Woche

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Apgar: ____ / ____ / ____

3.) Die Geburt

Spontan: ja/nein

Eingeleitet: ja/nein

Kaiserschnitt : ja/nein

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

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
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
Spuckt oder erbricht Ihr Kind derzeit? ja/nein
Abendliche Unruhe ja/nein
Unstillbares Schreien ja/nein
Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen _____Stunden

6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Köpfchen ist abgeflacht ja/nein
wo: _____
Überstreckt sich Ihr Kind / macht es sich steif ? ja/nein
Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt ja/nein
Falls ja, welche Seite? _____

Das Baby

schaut(e) nur nach rechts/links
bevorzugt eine Brust rechts/links
dreht(e) sich nur nach rechts/links
Ihr Kind schläft überwiegend in Rückenlage / Bauchlage / Seitenlage
Akzeptiert Ihr Kind die Rückenlage ja/nein
die Bauchlage ja/nein

7.) Sonstige Erkrankungen

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

8.) Sonstige Informationen

(Gibt es noch etwas, was Sie als wichtig empfinden und bisher nicht gefragt wurde?)

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- U- Heft / Mutterpass

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ich freue mich auf Sie.

Körper Zeit

Osteopathie - Für Klein und Groß