

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.

Erziehungsberechtigte : _____

Adresse _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse : _____

Name des Kinderarztes : _____

Name der Hebamme : _____

Schwangerschaft/Kind:

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

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

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

Entbindung in der _____ Woche

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Apgar: ____ / ____ / ____

PH-Wert Nabelschnur: _____

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

Sonstige Komplikationen: _____

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 ja /nein _____Tage
(Ikterus/Gelbsucht)

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja / nein
warum: _____

Medikamente ja / nein welche: _____

Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja / nein

Bäuerchen kommt schwer ja / nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht 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

Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

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

dreht(e) sich nur nach rechts./links

Ihr Kind schläft in

Rückenlage / Seitenlage

Akzeptiert Ihr Kind : die Rückenlage

ja / nein

die Bauchlage

ja / nein

Sonstige Erkrankungen

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

Bisherige Therapie:

Sonstige Informationen:

Datum : _____ **Unterschrift :** _____