

Kinderosteopathie – Anamnesebogen

Datum:

Anamnese Fragebogen für, geb.....

Damit das Anamnesegespräch alle wichtigen Punkte umfasst, soll diese Liste von Fragen uns helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt vorzunehmen.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können ist das kein Problem, darüber sprechen wir persönlich. Viele der Informationen stehen im gelben Vorsorge-, und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes.

1.) zur Familie

bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..)	ja/nein	bei wem.....
Geschwister wurden hier bereits vorgestellt	ja/nein	wer.....

2.) Schwangerschaft: wieviele...

Dauer....Wochen	Alter der Mutter zur Geburt	...Jahre
	Geburtsgewicht.....g	Länge....cm

3.) die Geburt:

spontan oder eingeleitet		.....
natürlich/ Kaiserschnitt		.....
Lage des Kindes (Schädellage/ Beckenendlage...)		.....
Dauer der Geburt		.....h
Dauer der Presswehen		.....h
es wurden Medikamente verabreicht (PDA, Wehenunterstützung, Antibiotika...)	ja/nein	welche.....
es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/ Saugglocke)	ja/nein	.....
kam es zu Geburtsverletzungen	ja/nein	.....
wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt	ja/nein	
die Nabelschnur war verschlungen	ja/nein	wo....

4.) nach der Geburt:

das Kind hat sofort geweint	ja/nein	
das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt	ja/nein	
Dauer des Krankenhausaufenthaltes		.....Tage
das Kind hat blaues Licht bekommen (Ikterus, Billy-Werte, Gelbsucht)	ja/nein	.....Tage
Komplikationen	ja/nein	welche...
Medikamente	ja/nein	welche...

5.) Auffälligkeiten

gibt/gab es Stillschwierigkeiten	ja/nein	welche...
Bäuerchen kommt schwer	ja/nein	
wir haben ein Speikind	ja/nein	wann...
abendliche Unruhe	ja/nein	wie lange..
stundenlanges unstillbares Schreien	ja/nein	wie lange..

6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen

sofort nach der Geburt		ja/nein	
erst später entwickelt		ja/nein	
wir wurden darauf aufmerksam gemacht (Arzt, Hebamme, Physiotherapeut)		ja/nein	wer....
Köpfchen ist abgeflacht		ja/nein	wo.....
Rumpfschiefstellung (Rechts,-Linksgeneigt, Überstreckt)		ja/nein	.....
das Baby	schaut(e) nur nach	re./li.	
	dreht(e) sich nur nach	re./li.	
	bewegt beide Arme gleich	ja/nein	
	hat die Hände gefaustet	ja/nein	
	bewegt beide Beine gleich	ja/nein	

7.) sonstige Erkrankungen

(Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte)

8.) bisherige Therapie

9.) Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

10.) Sonstiges:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: