



Anamnesebogen

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Einige der gewünschten Informationen stehen im gelben Untersuchungsheft Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch einige Fragen nicht 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.

Name, Vorname: _____ Geb: _____

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter): _____

Krankenkasse: _____ Größe: _____ cm

Behandelnder Kinderarzt: _____ Gewicht: _____ kg

Hobbys: _____

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (Kurze Beschreibung)

Schmerzgebiet:

rot

Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.

Ausstrahlungen:

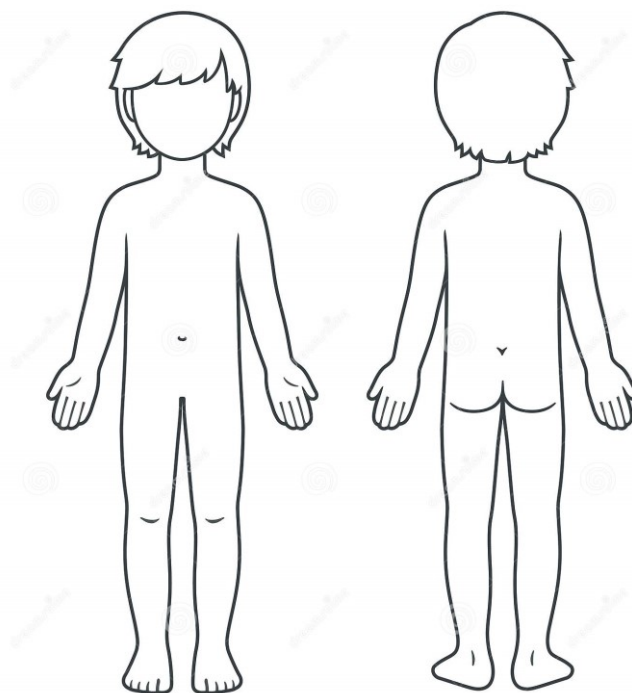
blau

Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der

Narben:

grün

größtmögliche Schmerz ist.



Informationen zur Schwangerschaft

Anzahl Geburten: _____ Alter der Mutter bei der Geburt: _____ Jahre

Spontanschwangerschaft Künstliche Befruchtung: IVF ICSI

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

nein ja, _____

Gab es extreme Stressphasen/Psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?

nein ja, _____

Informationen zur Geburt

_____ SSW Spontangeburt primäre Sectio sekundäre Sectio

Eingeleitet: nein ja, Gel Tablette Wehentopf Fruchtblaseneröffnung

Dauer der Geburt ab Muttermundöffnung: _____ Stunden

Lage des Kindes: Schädellage Beckenendlage Querlage Sternengucker _____

Einsatz einer Saugglocke nein ja

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff)? nein ja

PDA/Spinalanästhesie nein ja

Traten während der Geburt Komplikationen auf? nein ja, welche?

Nach der Geburt

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm Apgar: ____ / ____ / ____

Das Kind hat sofort geschrien: nein ja

Das Kind bekam in den ersten 2 Stunden nach Geburt Kolostrum / wurde angelegt: nein ja

Dauer des Krankenhausaufenthaltes: _____ Tage ambulante Geburt

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen? _____ Stunden (Ikterus/Gelbsucht)

Inkubator nein ja Intensivstation nein ja

Warum? _____

Wurde das Kind beatmet? nein ja, _____ Stunden

Medikamente? nein ja, _____

Besonderheiten nach der Geburt (Z.B. Hämatome)? nein ja

Welche der folgenden Angaben treffen/trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu?

Schulterluxation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Trink-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schiefhaltung des Körpers	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tränenkanalverschluss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schiefhaltung des Kopfes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohrenentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Asymmetrie des Kopfes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schielen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Koliken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Augensenkung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? nein ja

Ist Ihr Kind gekrabbelt? nein ja – ab wann? _____ Monat

Angaben zur Krankengeschichte

Kopfverletzungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stürze auf Becken/Steißbein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sportunfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fuß- und Knieluxationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Auto-/Fahrradunfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstiges – bitte kurz beschreiben:

Weitere Erkrankungen:

Herz-/Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blase/Niere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Atemorgane (Bronchien, Nase, Rachen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstiges – bitte beschreiben:

Wurde Ihr Kind operiert? nein ja (wann / warum / wie)

Befand/befindet sich Ihr Kind in Zahn-/Kieferorthopädischer Behandlung? nein ja

Trägt Ihr Kind eine Brille? nein ja, warum: _____

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen? nein ja, wie sind die Schmerzen:

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen? nein ja

Zeitabstände: _____ dumpf stechend drückend _____

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen? nein ja

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Fernsehen, Computer, Smartphone: _____ Minuten

Wievielzeit verbringt ihr Kind beim Lesen (Bücher / Zeitungen): _____ Minuten

Benötigt Ihr Kind regelmäßige Medikamente? nein ja

Medikamentenname / Wirkstoff	Dosierung	Einnahmegrund

Beindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie:

Physiotherapie: nein ja Ergotherapie: nein ja Logopädie: nein ja

Platz für Informationen die Sie uns noch mitteilen möchten:

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes in der Praxis ab:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Rezept – wenn möglich in Kopie
- Falls vorhanden: vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem
- Mutterpass und Kinderheft

Gerne können o.g. Dokumente auch per Mail an termine@osteopathie-im-ganzen.de geschickt werden.

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken
- Mund- und Nasenschutz
- EC-Karte

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie.