

Osteopathie für Säuglinge/Kleinkinder – Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.
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? ja/nein
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.)

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der
Schwangerschaft ja/nein

Entbindung in der _____ Woche

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Apgar: ____ / ____ / ____

PH-Wert Nabelschnur: _____

3.) 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

Die Nabelschnur war verschlungen ja/nein

wo/worum: _____

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

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen (Ikterus/Gelbsucht) ja/nein _____Tag

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja/nein

warum: _____

Wurde das Kind beatmet ja/nein _____Tage

Medikamente ja/nein

welche: _____

5.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein

welche _____

Wie oft wird/wurde am Tag gestillt?

Wie oft nacht?

Bäuerchen kommt schwer ja/nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Spuckt oder erbricht Ihr Kind derzeit? ja/nein

Falls ja, wie häufig und wieviel

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 Ihr Kind / macht es sich steif ? ja/nein

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt / breit wickeln / Spreizhose
Falls ja, welche Seite? _____

Das Baby schaut(e) nur nach	rechts/links
bevorzugt eine Brust	rechts/links
dreht(e) sich nur nach	rechts/links
bewegt beide Arme gleich	ja/nein

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.) Bisherige Therapie**9.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes****10.) Sonstige Informationen:**

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

Ort**Datum****Unterschrift des Erziehungsberechtigten**