

OSTEOPATHIE FÜR IHR KIND**Anamnesefragebogen**

für _____ geb. _____

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, möglichst viele Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheft Ihres Kindes. Bringen Sie weitere Befunde gern mit. 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.

Bitte erscheinen Sie pünktlich zum Termin. Planen sie Zeit ein, wenn Sie Ihr Kind evtl. vor der Behandlung noch Stillen und/oder wickeln wollen. Der nächste Patient wird immer pünktlich behandelt.

Für alle Patienten gelten die Honorare wie auf meiner homepage **meikeluetten.com** angezeigt, unabhängig von Ihrer Versicherung (privat, Beihilfe, gesetzlich). Mögliche Differenzen meiner Honorare und der Leistung Ihrer Versicherung sind von Ihnen privat zu leisten.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei nicht rechtzeitig abgesagten (24 Stunden vorher) oder versäumten Terminen in voller Höhe in Rechnung gestellt wird, da dieser Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann.

Mit der Vereinbarung eines Termins und Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Konditionen an.

Familienanamnese

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige...) ja/nein, welche? _____

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt ja/nein, wer? _____

Sonstige chronische Erkrankungen _____

Schwangerschaft/Kind

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

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

Anzahl Schwangerschaften _____ und Geburten _____

Mehrlingsschwangerschaft ja/nein

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

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

Vermehrte Übelkeit und Erbrechen? ja/nein _____ Wochen/ Monate _____

Krankenhausaufenthalte? ja/nein _____

Infektionen? ja/nein welche? _____

Quer-/ Steisslage? ja/nein gab es eine äussere Wendung?

Geburt

Spontan ja/nein

Eingeleitet ja/nein Wenn ja, mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) _____

Kaiserschnitt ja/nein Wenn ja: 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 Wenn ja, worum _____

Sonstige Komplikationen _____

Entbindung in der ____ SSW

Geburtsgewicht ____g Länge ____ cm Apgar ___ / ___ / ___ Kopfumfang ____ cm PH-Wert Nabelschnur _____

Nach der Geburt

Wie war das Wohlbefinden der Mutter _____

Wie war das Wohlbefinden des Kindes _____

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 Tage

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation Wenn ja, warum _____

Wurde das Kind beatmet ja/nein Wenn ja, _____ Tage

Medikamente ja/nein Wenn ja, welche _____

Auffälligkeiten

Ich stille/stille nicht

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein Wenn ja, welche _____

Bäuerchen kommt schwer ja/nein mein Kind spuckt viel ja/nein

Mein Kind schnalzt beim Trinken ja/nein

Bauchschmerzen/der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Abendliche Unruhe ja/nein wie lange?

Unstillbares Schreien ja/nein wie lange?

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen Stunden

Es kann einschlafen/ durchschlafen ja/ nein

Es knirscht beim Schlafen mit den Zähnen ja/ nein

Asymmetrien, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt/erst später sichtbar

Köpfchen ist abgeflacht? ja/nein Wenn ja, wo? _____

Ihr Kind hat Haarabrieb am Hinterkopf? Wenn ja, wo _____

Überstreckt sich das Kind, macht es sich steif? ja/nein

Es liegt in einem Bogen, wie ein C ? ja/nein

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt ja/nein Wenn ja rechts/links

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 hauptsächlich in Rücken-, Seit-, Bauchlage

Es akzeptiert Rückenlage ja/nein Bauchlage ja/nein

Ihr Kind kann sich für _____ Minuten alleine beschäftigen und ist zufrieden.

In welchem Alter konnte Ihr Kind krabbeln? mit _____ Monaten

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen? mit _____ Monaten

In welchem Alter konnte Ihr Kind sprechen? mit _____ Monaten

Sonstige Erkrankungen oder Behinderungen

Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, Fehlsichtigkeit, sonstiges

Ihr Kind wurde schon einmal operiert? ja/nein Warum? _____

Ihr Kind ist geimpft? ja/nein gegen was? _____

Bisherige Therapien _____

Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

Name, Adresse, Telefonnummer der/des Eltern/Erziehungsberechtigten

Was sonst noch wichtig ist

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____