

Anamnesebogen

Name des Kindes: _____ **geboren am:** _____

Adresse: _____

derzeitiges Gewicht: _____ **derzeitige Größe:** _____

Bitte beschreiben Sie kurz die Thematik weshalb Sie einen Termin mit mir vereinbart haben: _____

Wurde Ihr Kind deswegen bereits anderweitig behandelt? Wenn ja, bitte kurz beschreiben wo und wie: _____

Fragen zur Schwangerschaft:

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____ Die wievielte Geburt? _____

Wie wurde vor der Schwangerschaft verhütet? _____

Wie lange dauerte es ca. bis Sie schwanger wurden? _____

Haben Sie während oder vor der Schwangerschaft Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie während oder vor der Schwangerschaft Alkohol, Zigaretten oder sonstige Drogen konsumiert? Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie während der Schwangerschaft Stress? z. B. am Arbeitsplatz, mit dem Partner, durch den Verlust eines geliebten Menschen etc. : _____

Haben Sie sich während der Schwangerschaft wohl gefühlt? _____

War das Kind ein Wunschkind oder mussten Sie sich erst an den Gedanken gewöhnen? _____

Fragen zur Geburt:

Erfolgte die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt? _____ in der _____ SSW

Gab es vorzeitige Wehen? _____

Wie haben Sie entbunden? Natürlich, eingeleitete Geburt, geplanter Kaiserschnitt etc. : _____

Wie lange dauerten ca. die Wehen bis zur vollständigen Öffnung des Muttermundes? _____

Wie lange dauerten ca. die Presswehen? _____

Gab es Unterbrechungen des Geburtsvorgangs? Wenn ja, wann im Geburtsverlauf und wie lange ca.? _____

Wurden Ihnen während der Geburt Medikamente verabreicht? Z.B. Schmerzmittel, Wehentropf, PDA etc.? Wenn ja, welche? _____

Wurde das Kind mit Hilfe von Saugglocke oder Zange geboren? _____

Wurde während der Presswehen von außen durch Druck auf den Bauch der Mutter geholfen? _____

In welcher Geburtslage ist Ihr Kind geboren worden? Z.B. Hinterhauptslage, Steißgeburt, Sternengucker etc. : _____

Hatte Ihr Kind die Nabelschnur um Hals oder Bauch? _____

Haben Sie Ihr Kind sofort nach der Geburt gesehen? Wenn ja, ist Ihnen etwas aufgefallen? Z.B. Farbe, Kopfform etc. : _____

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? _____

Benötigte Ihre Kind nach der Geburt ärztliche Hilfe? Z.B. Sauerstoff, Wärmebett etc. : _____

Wie groß _____ und wie schwer _____ war Ihr Kind bei der Geburt?

Welche Apgar Werte (steht im gelben Untersuchungsheft) hatte ihr Kind?

Bekamen Sie Ihr Kind sofort nach der Geburt angelegt? Wenn ja, ist Ihnen hierbei etwas aufgefallen? Hatte Ihr Kind Saugschwierigkeiten?

Fragen zur Neugeborenenphase:

Waren Sie als Eltern von Anfang an mit dem Kind glücklich, oder mussten Sie sich in die neue Rolle erst einfinden? _____

Wenn es Geschwister gibt, wie fanden diese Ihr Geschwisterchen? _____

Hatte Ihr Kind Gelbsucht? Wenn ja, wie wurde sie behandelt? _____

Wie wurde der Säugling ernährt? Bei Flaschenkindern bitte genaue Angabe des Produkts: _____

Bei Stillkindern: Gab es Probleme mit dem Stillen? _____

Wie oft wurde gestillt / die Flasche gegeben? _____

Gab es Probleme mit der Verdauung? Z.B. Koliken, spucken, Durchfall, Verstopfung etc. : _____

Wie war das Schlafverhalten des Kindes? _____

Gab es Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen? _____

Hat Ihr Kind häufig geweint? Wenn ja, wie lange durchschnittlich pro Tag? _____

Hatte Ihr Kind eine Lieblingsseite beim Liegen, Stillen etc. : _____

Ist Ihnen in der Neugeborenenphase etwas Besonderes aufgefallen? Z.B. war Ihr Kind besonders steif, ließ es sich ungerne anziehen, fand es Liebkosungen unangenehm etc. : _____

Fragen zur derzeitigen Situation:

Bitte beantworten Sie die Fragen nur bis zum derzeitigen Entwicklungsstand Ihres Kindes.

Ab welchem Alter konnte Ihr Kind:

Robben: _____

Krabbeln: _____

Laufen: _____

Sätze sprechen: _____

war es tagsüber sauber: _____

war es nachts trocken: _____

Haben Sie oder der Kinderarzt bisher Auffälligkeiten in der Entwicklung festgestellt? _____

Hat Ihr Kind Probleme bei der Konzentration? Wenn ja, wie zeigt sich das? _____

Hat Ihr Kind Probleme aufmerksam zu sein ? Wenn ja, wie zeigt sich das?

Wie ist der Schlafrhythmus Ihres Kindes derzeit? _____

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich pro Tag? _____

Wie ist der Essensrhythmus Ihres Kindes derzeit? _____

Was isst Ihr Kind derzeit am liebsten? _____

Hat Ihr Kind nach dem Essen Probleme? Z.B. Völlegefühl, spucken, Bauchschmerzen etc.: _____

Wie regelmäßig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____

Wie ist die Beschaffenheit? Flüssig, fest, Geruch? _____

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher? _____

Gibt es in einem Bereich gehäuft auftretende Krankheiten? Z.B. häufige Mittelohrentzündungen, wiederkehrende Magen-Darm-Infekte, immer wieder auftretende Bronchitis etc. : _____

Welche Krankheiten sind in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) des Kindes bekannt? Z.B. Krebs, Herzkrankheiten, Tuberkulose, Geisteskrankheiten etc. : _____

Hatte Ihr Kind Unfälle oder Stürze? Wenn ja, wann und welche Verletzungen? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, weshalb und wann? _____

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen?(evtl. Kopie des Impfpasses beifügen) _____

Gab es Reaktionen auf eine Impfung? Wenn ja, wann und welche? _____

Leidet Ihr Kind unter Allergien? Wenn ja, auf was? _____

Hatte Ihr Kind eine Hüftfehlstellung? Wenn ja, wie wurde sie behandelt? Z.B. breit wickeln, Spreizhose etc. : _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine Zahnsperre? Wenn ja, von wann bis wann? _____

Hat Ihr Kind derzeit eine regelmäßig bevorzugte Seite? _____

Wenn ja, wobei? _____

Welchen Kindergarten /Schule besucht Ihr Kind derzeit? _____

Hat Ihr Kind Freunde? Welche und wie alt? _____

Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit? _____

Hat Ihr Kind regelmäßige Termine außerhalb von Kindergarten oder Schule? Wenn ja, welche und wann? _____

Gibt oder gab es für Ihr Kind Situationen in denen es besonders belastet war? Z.B. Trennung der Eltern, Verlust eines geliebten Menschen, Mobbing in der Schule, Umzug etc. : _____

Gibt es andere Probleme oder Auffälligkeiten Ihres Kindes, die Sie mir mitteilen möchten? _____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Abschließend möchte ich sie darauf hinweisen, dass auch die Osteopathie therapeutische Grenzen hat. Diese liegen bei hochakuten und hochinfektiösen sowie lebensbedrohlichen Erkrankungen. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte umgehend an Ihren Kinderarzt oder ein Krankenhaus.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben und mein Behandlungshonorar in Höhe von 90,-- Euro pro Termin (bis zu 60 Minuten Dauer) unabhängig von einer etwaigen Erstattung durch ihre Krankenkasse direkt nach der Behandlung an mich bar entrichten werden.

Sollten Sie einen Termin kurzfristig nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher telefonisch ab.

Bitte haben Sie Verständnis, dass ich bei einer Absage innerhalb von 24 Stunden ein Ausfallhonorar berechnen muss, da dieser Termin kurzfristig nicht mehr anderweitig vergeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift