

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, sprechen wir beim ersten Termin darüber persönlich.

Viele der Informationen stehen im gelben Vorsorge-, und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes:

1.) **zur Familie**

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

2.) **Schwangerschaft:**

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

3.) **die Geburt:**

- spontan oder eingeleitet
- natürlich/ Kaiserschnitt

- Lage des Kindes
- (Schädellage/ Beckenendlage...)
- Dauer der Geburth
- Dauer der Presswehenh
- es wurden Medikamente verabreicht ja/nein welche.....
- (PDA, Wehenunterstützung, Antibiotika...)
- 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 KrankenhausaufenthaltesTage
- das Kind hat blaues Licht bekommen ja/neinTage
- (Ikterus, Billy-Werte, Gelbsucht)
- Komplikationen ja/nein welche...
- Medikamente ja/nein welche...

Still-Point Sven Wegener, Friedrichstr. 20a, 32584 Löhne

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 ja/nein wer....
- (Arzt, Hebamme, Physiotherapeut)
- Köpfchen ist abgeflacht ja/nein wo.....
- Rumpfschiefstellung ja/nein
- (Rechts,-Linksgeneigt, Überstreckt)
- 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: