

**Liebe Patienten,**

Datum. \_\_\_\_\_

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen,  kreuzen Sie entsprechendes an und geben Sie nähere Erläuterungen. Die Angaben sind freiwillig und werden nach gültigem Datenschutz behandelt. Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!

Name \_\_\_\_\_ Tel./Mobil \_\_\_\_\_

e-mail-Adresse \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.  Ja  Nein

**Grund der Vorstellung?** \_\_\_\_\_

**Kinderarzt / behandelnde Ärzte – Therapeuten** \_\_\_\_\_

**Familienanamnese**  1.  2.  3. Kind  Waisenkind  Adoptivkind  Mutter/Vater allein erziehend  
 Geschwister mit ähnlichen Symptomen  Osteopathie bei Geschwistern wegen  KISS  3-Monatskoliken  
 chronische/vererbte Erkrankungen?

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Fehlgeburten <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Totgeburten <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein
Risikoschwangerschaft /Erkrankungen Mutter/Kind <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Risikogeburt <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaftsdauer Wochen	Wehendauer <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein Geburtsdauer/Kreissaal Stunden
Wehentreibende Mittel <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Beckenend- oder unnormale Lage <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja, wie viele Kinder <input type="checkbox"/> nein
Nabelschnur um den Körper oder den Hals <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verringertes Fruchtwasser <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein
Bläuliche Verfärbung kurz nach der Geburt (Zyanose) <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Zangen- oder Saugglockengeburt <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein
Dammschnitt <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein	Deformierung des Kopfes <input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein
Gewicht und Größe bei der Geburt kg cm	Verletzungen (Brüche, Nervenschädigung, Bluterguss) ja <input type="checkbox"/> welche Therapie: <input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht <input type="checkbox"/> ja, Therapie: <input type="checkbox"/> nein	Vermehrtes Hirnwasser (Hydrocephalus) <input type="checkbox"/> ja, weil Therapie: <input type="checkbox"/> nein
EPH-Gestose (Bluthochdruck in der Schwangerschaft) <input type="checkbox"/> ja, Therapie: <input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaftsdiabetes der Mutter <input type="checkbox"/> ja, Therapie: <input type="checkbox"/> nein
aktuelle Größe: cm aktuelles Gewicht: kg	Operative Behandlungen des Kindes <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Alter Mutter: Alter Vater:	
Medikamente <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> welche?	Welche konservativen Behandlungen wurden bisher durchgeführt? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie/Chirotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie, seit wann, warum, bei wem?

**Bitte Rückseite beachten!**



Blähungen (3 Monats-Koliken) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Spucken / Erbrechen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unruhe / Rastlosigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überstreckung des Kopfes/Opistotonus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bevorzugung einer Körperseite <input type="checkbox"/> ja, welche Seite <input type="checkbox"/> nein	Kopfschiefhaltung / Tortikollis <input type="checkbox"/> ja, zu welcher Seite <input type="checkbox"/> nein
Ein- und Durchschlafprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Still-, Trinkschwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Saug Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unregelmäßige Verdauung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schreikind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asymmetrie des Schädels / Gesichts <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Verminderte Muskelspannung / Floppy <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhte Muskelspannung / Hypertonus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fußdeformierungen-(Klump-/Sichelfuß) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hüftreifeungsstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Spreizhose <input type="checkbox"/> nein	Säuglingsskoliose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> ja, wie oft <input type="checkbox"/> Antibiotikum <input type="checkbox"/> nein
Chronische Bronchitis / Asthma <input type="checkbox"/> ja, wie oft <input type="checkbox"/> Antibiotikum <input type="checkbox"/> nein	Chronische Nasennebenhöhlenentzündung <input type="checkbox"/> ja, wie oft <input type="checkbox"/> Antibiotikum <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mandelentzündung / Polypen <input type="checkbox"/> ja, wie oft <input type="checkbox"/> Antibiotikum <input type="checkbox"/> nein
Sprachprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schielen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Offener Mund <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verstärktes Sabbern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Koordinationsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gleichgewichtsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verzögertes Robben / Krabbeln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verzögertes Laufen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verzögertes Schreiben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verzögertes Malen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verzögertes Sprechen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verzögertes Singen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leseschwäche (Legasthenie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechenschwäche (Dyskalkulie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwierigkeiten mit der Feinmotorik <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verhaltensauffälligkeit <input type="checkbox"/> ja, welcher Art: <input type="checkbox"/> nein	Hyperaktivitäts-Syndrom <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stereotypien / Tic´s <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zwangsbewegungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerzen / kindliche Migräne <input type="checkbox"/> ja, wie oft: <input type="checkbox"/> nein	Ängste <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bettnässen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Autistische Züge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie / Fieberkrampf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein