

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 _____ Kinderarzt: _____

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-Kolik)en) <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	Saugsschwierigkeiten <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
Hüftreifungsstörung <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