



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 _____ Hausarzt: _____
e-mail-Adresse _____ Geb.Dat.: _____ Zusatzvers. Ja Nein

Grund der Vorstellung?

Kinderarzt / behandelnde Ärzte – Therapeuten _____

Familienanamnese 1. 2. 3. Kind Mutter/Vater allein erziehend Geschwister mit ähnlichen Symptomen
 Osteopathie als Säugling KISS 3-Monatskoliken chronische/vererbte Erkrankungen?

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Risikoschwangerschaft /Erkrankungen Mutter/Kind ja nein Risikogeburt ja, weil _____ nein
Wehendauer (in Stunden): _____ Geburtsdauer/Kreissaal (in Stunden): _____ Beckenend- oder unnormale Lage ja nein
Kaiserschnitt ja nein Nabelschnur umwickelt ja nein Zangen- oder Saugglockengeburt ja nein
Dammchnitt ja nein Deformierung des Kopfes ja nein Gewicht und Größe bei der Geburt: _____ kg _____ cm
Verletzungen (Schlüsselbeinbruch, Nervenschädigung, Bluterguss) ja, welche _____ nein

Vorerkrankungen/Kinderkrankheiten/Entwicklungsauffälligkeiten Ja nein

Genauere Angaben! _____

Orthopädische Erkrankungen/Verletzungen/Operationen (z.B. Unfälle, Brüche, Stürze, Wunden) Ja nein

Genauere Angaben! _____

Vegetative Anamnese Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Impfungen Ja Nein ? Welche? _____

Allergien / Unverträglichkeiten / Hauterkrankungen / Juckreiz (Nahrungsmittel, Medikamente) Ja Nein

Genauere Angaben: _____

Medikamente / Vitaminpräparate / Nahrungsergänzungsmittel / Naturheilmittel Ja nein

Genauere Angaben: _____

Stuhlgang / Urin normal Durchfälle Verstopfung Blutbeimengung nächtliches Wasserlassen

Probleme beim Schlaf Ja Nein Einschlafstörungen Durchschlafstörungen vermehrtes Schlafen

Sport Nein ja, welcher: _____ gelegentlich regelmäßig

Zahnerkrankungen Ja Nein Operation Amalgamfüllung Goldfüllung Keramikfüllung Kunststofffüllung

Zahnspange Ja Nein lose fest, seit wann? _____

Erkrankungen in der Familie (Erbkrankheiten, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen, verstorben?)

Mutter: _____ Vater: _____

Leibliche Geschwister: _____ Großeltern: _____

Psychische Belastungen (0=schwach, 10=stark - bitte zutreffendes ankreuzen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

wodurch bedingt: _____