

Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen der Beschwerden Ihres Kindes. Sie liefern uns damit wichtige Informationen. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen Ihrer Behandlung!

Name u. Vorname der Mutter: _____ Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Name u. Vorname des Kindes: _____ Geb.Dat.: _____

Anamnese Schwangerschaft und Geburt

Haben Sie mehrere Kinder? Nein Ja, wie viele

Natürliche Schwangerschaften? Nein Ja, wie viele

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten? Nein Ja, wie viele

Nahmen sie Medikamente während der Schwangerschaft (z.B. Antibiotika, Narkosemittel, Insulin, Wehenhemmer, Blutdruckmittel, Cholesterinsenker, etc.)?

Nein Ja, folgende _____

Wie ging es Ihnen und dem Vater während der Schwangerschaft?

Glücklich Unglücklich Stress Sonstiges: _____

Wurden Alkohol, Zigaretten oder andere Drogen während oder vor der Schwangerschaft konsumiert?

Nein Ja, folgendes _____

Lag Ihr Kind während der Schwangerschaft lange in einer Position?

Nein Ja

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie entbunden: _____ SSW (Regelentbindung ist um die 40-te SSW)

Wenn kürzer, warum? _____

Wenn länger, warum? _____

Gab es verfrühte Wehen vor der Geburt?

Nein Ja

Wie haben sie entbunden?

Normal / Spontan Zangengeburt Kaiserschnitt geplant

Kaiserschnitt ungeplant Saugglocke Mehrlingsgeburt

Wurde die Geburt eingeleitet?

Nein Ja, womit? _____

Haben Sie Medikamente während der Geburt bekommen?

- Nein Schmerzmittel Periduralanästhesie (PDA) Lachgas

Gab es Unterbrechungen des Geburtsvorgangs?

- Nein Ja, warum? _____

Haben Sie Beschwerden durch Narben?

- Dammschnitt-/rissnarbe Kaiserschnittnarbe

Wie lange haben die Wehen gedauert? Ca. _____ Std

Wie lange hat die Geburt ab der Muttermundöffnung gedauert? Ca. _____ Std.

Gab es eine Veränderung des Fruchtwassers?

- Zu wenig Verfärbung Nein

Gewicht des Säuglings: _____ g Größe des Säuglings: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Apgarwert: _____ / _____ / _____ pH-Wert der Nabelschnur: _____

Welche Lage hatte ihr Kind bei der Entbindung?

- Kopflage Stirnlage Hinterhauptslage Gesäßlage
 andere abnormale Kindslage: _____

Hatte ihr Kind die Nabelschnur?

- um den Körper um den Kopf Keine Umschlingung

War ihr Kind bläulich verfärbt nach der Entbindung? _____

Kam es zu einer Notsituation (z.B. Beatmung, Intubation)? _____

Sind Verletzungen durch die Geburt bekannt (z.B. Schlüsselbeinbruch, Nervenschädigung am Hals - Plexus Lähmung)? _____

Hat ihr Kind sofort geschrien?

- Ja Nein

Haben sie ihr Kind sofort an die Brust anlegen können und es hat sofort gesaugt?

- Ja Nein

Säugling:

Wurden Sie mit Ihrem Kind entlassen?

Ja Nein, weil _____

Stillen Sie ihr Kind?

Ja, wie ? (voll, Unterbrechungen, wie lange noch) _____

Nein, weil _____

Hat Ihr Kind Probleme beim oder nach dem Stillen?

Probleme beim Saugen Starke Blähungen Trinkt nur von einer Brust

Probleme bei bestimmten Stillpositionen häufiges spucken, wie? (z.B. schwallartig) _____

Hat Ihr Kind Verdauungsprobleme?

starke Blähungen Verstopfung Durchfall

Wie sieht der Stuhl aus? _____

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes?

Ruhig Unruhig Schlafposition: _____

Wie lange schläft Ihr Kind: Am Tag, _____ Nachts: _____

Wurde ihr Kind geimpft?

Nein, noch nicht Ja, folgende Impfungen _____

Hat Ihr Kind Unfälle oder Verletzungen gehabt?

Was ist Geschehen?

Welche Form von Krafteinwirkung fand statt?

Welche Symptome zeigte das Kind?

Welche Behandlung erfolgte?

Kam es zu einer Persönlichkeitsveränderung des Kindes?

Hat der Kinderarzt andere Erkrankungen festgestellt?

Schildern Sie kurz, warum Die mit Ihrem Kind eine osteopathische Behandlung wünschen:
