

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 Wenn ja, mussten Sie lange liegen? Wie lange: \_\_\_\_\_

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  Antibiotikum

Gab es Unterbrechungen des Geburtsvorgangs?

Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Base Excess: \_\_\_\_\_

Welche Lage hatte Ihr Kind bei der Entbindung?

- Hinterhauptslage       Steißblage                       Gesichtslage                       Scheitellage

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

Konnten Sie Ihr Kind ohne Probleme an beide Brüste anlegen?

- Ja                       Nein

### **Kind:**

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                       Drei-Monats-Koliken

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, Verletzungen oder Operationen gehabt? \_\_\_\_\_

Wann konnte Ihr Kind:

Sich drehen von der Rückenlage in die Bauchlage? \_\_\_\_\_

Sich drehen von der Bauchlage und die Rückenlage? \_\_\_\_\_

Krabbeln \_\_\_\_\_

Sitzen \_\_\_\_\_

Stehen \_\_\_\_\_

Laufen \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind chron. Krankheiten, Allergien, angeborene Defekte in einem Organ?

\_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind häufig (mehr als 5x im Jahr) an Infektionen der Atemwege?

Ja       Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrampfanfall?

Ja       Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Gibt es in der Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma etc.) oder die Disposition für Allergien? \_\_\_\_\_

Welche Therapien sind bislang für erfolgt?

Physiotherapie       Ergotherapie       Logopädie       Frühförderung       Andere: \_\_\_\_\_

Schildern Sie kurz, warum Sie für Ihr Kind eine osteopathische Behandlung wünschen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_