

Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen



Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

1.) Personalien

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Email:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung Heilpraktiker? ja/ nein

Geburtsdatum:

Gewicht und Größe zurzeit:

Gewicht und Größe nach der Geburt:

Kopfumfang nach der Geburt:

Was ist der Grund Ihres Besuches – Konsultationsgrund/ Probleme?

2.) Schwangerschaft/ Kind:

- Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Kinder: _____
- Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre
- Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI): _____

Hatten Sie während der Schwangerschaft...

- Eine Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Behandlung mit Antibiotika oder anderen Medikamenten/
Nahrungsergänzungsmittel?
Wenn ja, welche?
- Einen Unfall? Ja Nein
- Besonderen extremen oder psychischen Stress? Ja Nein
- Übelkeit und/oder Erbrechen? Ja Nein Wie lange?
- Vorzeitige Wehen? Ja Nein Wann/SSW?
Wenn ja, mussten Sie liegen? Ja Nein Wie lange?
- Bekamen sie wehenhemmende Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche und wie lange?

Bemerkungen: (vom Therapeuten auszufüllen)

3.) Die Geburt:

Verlauf:

- Spontan: ja nein
- Eingeleitet: ja nein
Wenn ja, mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) _____
- PDA /Spinalanästhesie : ja/nein
- Dauer gesamt: 4-6Std. 12-18Std. länger: kürzer:
- Dauer der Austreibungsphase: 20-50 min länger: kürzer:
- Anzahl der Presswehen:
- Komplikationen: Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt Glocke
 Zange manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme (Kristeller)
- Apgar Werte: / / /
- pH-Wert Nabelschnur:
- Blutgase: (pCO₂, pO₂; falls bekannt)
- Lage des Kindes: Hinterhaupt Scheitel Gesicht
 Steiß

- Nabelschnurumwicklung: Ja Nein Lokalisation:
- Entbindung in der _____ SSW.
- Wurde eingeleitet? Ja Nein Mit was?
- Sonstige Komplikationen:

4.) **Nach der Geburt:**

- Das Kind hat sofort geschrien ja nein
- Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden? Ja Nein
Wenn ja, wie lange? Warum?
- Dauer des Krankenhausaufenthaltes _____ Tage
- Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen (Ikterus/Gelbsucht) ja nein
_____ Tage
- Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja nein
warum?
- Wurde das Kind beatmet? ja nein _____ Tage
- Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?
- Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein
- Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt? ja nein
- Gibt/gab es Stillschwierigkeiten? ja nein
Wenn ja, welche?
- Konnten Sie ohne Problem an beiden Brüsten anlegen? Ja Nein

5.) **Auffälligkeiten**

- Bäuerchen kommt schwer? ja nein
- Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht? ja nein
- Wir haben ein Speikind? ja nein
- Abendliche Unruhe? ja nein Wenn ja, wie lange? _____ Stunden.

- Unstillbares Schreien? ja nein Wenn ja, wie lange? _____ Stunden
- Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen? _____ Stunden

6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

- Sofort nach der Geburt sichtbar ja nein
- Erst später sichtbar ja nein
- Köpfchen ist abgeflacht ja nein
Wenn ja, wo?
- Überstreckt sich das Kind/macht es sich steif? ja nein
- Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt? ja nein
Wenn ja, es wurde behandelt mit: breit wickeln Spreizhose nicht
- Das Baby:
 - o schaut(e) nur nach rechts links
 - o bevorzugt eine Brust rechts links
 - o dreht(e) sich nur nach rechts links
 - o bewegt beide Arme gleich ja nein
Wenn nicht, welchen Arm mehr?
- Ihr Kind schläft in Rückenlage Seitenlage Bauchlage
- Akzeptiert Ihr Kind die
 - o Rückenlage ja nein
 - o Bauchlage ja nein

7.) Die ersten 24 Monate:

- Entspricht das Schädelwachstum der Norm? (lt. Kurbe) Ja Nein
Wenn nein: zu groß zu klein
- Passt das Längenwachstum und die Gewichtszunahme zueinander? (lt. Kurbe)
 Ja Nein
- Wann konnte Ihr Kind:
 - o sich drehen von RL in BL:

- sich drehen von BL in RL:
- krabbeln:
- sitzen:
- stehen:
- laufen:

8.) **Komplikationen:**

- Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung gespuckt? Ja Nein
- Hatte es die so genannten "Drei-Monats-Koliken"? Ja Nein
- Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen? Ja Nein
- Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen?
 - Jetzt: Ja Nein
 - Früher: Ja Nein
- Wie lange schläft Ihr Kind nachts an einem Stück? Jetzt: Ja Nein Früher: Ja Nein

Bemerkungen: (vom Therapeuten auszufüllen)

9.) **Gesundheit**

- Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt in einem Organ z.B. Herzfehler?
- Hatte Ihr Kind einen Unfall? Wenn ja, welcher Art
- Hatte ihr Kind eine OP? Wenn ja, welcher Art
- Kinderkrankheiten? Wenn ja, welche

- Häufige Mittelohrentzündungen? Ja Nein Wie viele? re/ li Seite?
- Mandelentzündungen? Ja Nein
- Bronchitis /Lungenentzündung? Ja Nein
- Blasen / Nierenerkrankungen? Ja Nein
- Fieberkrämpfe? Ja Nein Wenn ja, wie oft?
- Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche?
- Leidet Ihr Kind häufig (mehr als 5x im Jahr) an Infektionen der Atemwege?
 Ja Nein Wenn ja, an was?
- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrupperanfall, wenn ja, wie oft?

Sonstige Erkrankungen

- (Neurodermitis, Rachenwegsinfekte, ADHS, etc.)
- Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?
- Gab es Impfreaktionen? Ja Nein Wenn ja, welche?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein Wenn ja welche?

10.) Familienanamnese:

- Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt ja/nein (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..)
- Geschwister wurden hier bereits vorgestellt ja nein
Wenn ja, wer?
- Gibt es in Ihrer Familie schwere, bzw. chronische Erkrankungen, z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS, usw.? Ja Nein Wenn ja, welche?

- Besteht eine familiäre Disposition für Allergien? Ja Nein

11.) Ernährung:

- Vorliebe, bzw. Abneigungen:

12.) Bisherige Therapien:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Frühförderung
- Andere?

Therapie zurzeit? Ja Nein Wenn ja, welche?

13.) Besonderheiten:

- Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten? (z.B. Angst, Aggressivität, Ungeduld, Hektik, lustlos, in sich gekehrt...) Wenn ja, bitte kurz schildern:

Gibt es sonstige Angaben, welche nicht abgefragt wurden, Sie uns diese aber mitteilen möchten?

14.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

15.) Name, Adresse, Telefonnummer der/des Eltern/Erziehungsberechtigten

Ort/ Datum

Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten