



Fragebogen Osteopathie Kind

Name:			
Adresse:			
Telefon:			
Geb.dat.		Alter:	

Um Ihr Kind optimal behandeln zu können, ist es notwendig, so viel wie möglich Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Sie können viele der hier abgefragten Fakten im gelben Kinder-Untersuchungsheft bzw. im Mutterpass finden. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Im ersten Termin findet ein persönliches Gespräch statt, bei dem alle offenen Fragen Ihrer- und unsererseits geklärt werden.

1. Konsultationsgrund

2. Was erwarten Sie von der osteopathischen Behandlung?

3. Schwangerschaft:

Anzahl Kinder und Alter:			
Natürliche Schwangerschaft oder In-vitro-Fertilisation? Wunschkind oder „Überraschung“?			
Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.):			
Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?			
Entbindung in der wievielten Schwangerschaftswoche?			
Geburtsgewicht :		g	Körperlänge :
Apgar :			
	/ /		

4. Die Geburt:

Kaiserschnitt Spontangeburt / eingeleitete Geburt? → wenn Kaiserschnitt: geplant (warum?) od. ungeplant?	
Lage des Kindes : (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker...)	
Wieviele Stunden vor der Geburt ist die Fruchtblase geplatzt?	
Dauer der Eröffnungsphase?	
Dauer der Austreibungsphase (ab Muttermundöffnung) / ungefähre Anzahl der Presswehen?	
PDA / Spinalanaesthesie:	ja / nein
Wurden Hilfsmittel verwendet? (Zange, Saugglocke) Wenn ja, welche?	
Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt?	ja / nein
Die Nabelschnur war umschlungen:	ja / nein
Viel oder wenig Fruchtwasser?	
Sonstige Komplikationen / Auffälligkeiten?	

5. Nach der Geburt:

Hat Ihr Kind sofort geschrien?	ja /nein	
Wurde das Kind angelegt und hat sofort gesaugt?	ja /nein	
Dauer des Krankenhausaufenthalts?		
Gab es Komplikationen / Auffälligkeiten? (z.B. Ikterus, Infektionen, ...) Wenn ja, was genau und welche Therapie erfolgte?		
Wie verhielt sich das Kind während der ersten 48 Stunden nach der Geburt?		
Gab es Stillschwierigkeiten? → wenn ja, welche?		
Häufiges Spucken? → wenn ja, wann und wie oft?		
Bauchschmerzen / Probleme beim Stuhlgang ?	ja /nein	
Unstillbares Schreien?	ja /nein	
Das Kind überstreckte sich / machte sich steif / „kuschelte nicht“? (drückte sich auf dem Arm weg):	ja /nein	
Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt / breit wickeln / Spreizhose: → Messwerte / Einteilung? (Ia/Ib, ...usw.)		
Das Baby	schaut(e) nur nach:	rechts / links
	bevorzugt(e) eine Brust:	rechts / links
	dreht(e) sich nur nach:	rechts / links
	bewegte einen Arm weniger:	ja /nein
Das Kind akzeptierte die Bauchlage:	ja /nein	

Das Kind akzeptierte die Rückenlage:	ja /nein
Haben sich die Fontanellen termingerecht geschlossen?	
Hatte Ihr Kind die „orale Phase“ (alles in den Mund nehmen)?	

6. Auffälligkeiten / Entwicklung / Vorgeschichte

Abendliche oder nächtliche Unruhe / Einschlafprobleme / Durchschlafprobleme	
Wann wurde ihr Kind „trocken“ (tags und nachts)? Nächtliches Bettnässen?	
Konzentrationsprobleme / Unruhe	
Wie lange schläft Ihr Kind auf 24 h gesehen?	_____ Stunden
Zähne: Zahnentwicklung termingerecht / vorhandene Zahnfehlstellungen (wenn ja, welche?)	
Augen: Gibt es Sehstörungen? (Schielen, Kurzsichtigkeit,...?) Trägt das Kind eine Brille? (wenn ja, bitte Brillenpass mitbringen)	
Gibt es Auffälligkeiten in der Schule: Probleme beim Lesen, beim Schreiben / Mathematik	
Wirft Ihr Kind häufig etwas um / stolpert das Kind häufig / fällt oft hin?	
Hören: Reagiert Ihr Kind manchmal verspätet / hört Dinge nicht / versteht Sie nicht / fragt oft nach?	
Häufiges Daumenlutschen?	
Benutzt Ihr Kind beide Arme und Beine gleichmäßig?	
Gibt es sichtbare Asymmetrien? → wenn ja, seit wann ist es aufgefallen?	
Kopf ist / war abgeflacht → wenn ja, wo?	
Wie verlief das Krabbeln?	
Wie verlief die Laufentwicklung?	
Wie verlief die Sprachentwicklung?	
Probleme beim Essverhalten? Wenn ja, welche?	

<p>Wurde das Kind geimpft? (wenn ja, bitte Impfausweis mitbringen) → Gab es nach einer oder mehreren Impfungen Auffälligkeiten oder Reaktionen? (welche?)</p>	
<p>Gab es Operationen? → wenn ja, welche?</p>	
<p>Gab es Unfälle / Verletzungen? → wenn ja, welche?</p>	

7. Sonstige Erkrankungen

(Neurodermitis, Allergien, häufige Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündungen, ADHS, etc.)

8. Familiäre Vorbelastungen

(Herzfehler, Diabetes, Allergien, Asthma, usw.)

9. Bisherige Therapien

10. Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

11. Sonstige Informationen

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten