



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22  
 27568 Bremerhaven

<b>Anamnesebogen Osteopathie Babys</b>	
Datum:.....	1. Therapeut:.....
	2. Therapeut:.....

Sehr geehrte(r) .....

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gut durch, bevor Sie sie diese, so genau wie möglich, beantworten. Bei der Ersten konsultativen Osteopathie werde ich die Daten mit Ihnen besprechen. Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich!

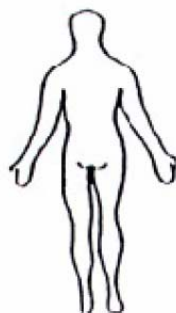
Name (Kind)		Vorname(Kind)	
Straße, PLZ, Ort			
Geburtsdatum und Geburtsort		Geburtszeit	M/W
Telefonnummer Privat und Mobil		Körpergröße und Körpergewicht	
Medikamente		Hausarzt mit Telefonnummer	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Was ist das Hauptproblem Ihres Kindes?			
Wann haben die Beschwerden angefangen und durch was wurden diese ausgelöst?			

**Zielsetzung :**

<b>Was möchten Sie für Ihr Kind erreichen?</b>



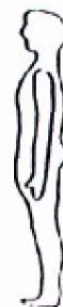
Vorder-



Rück-



rechte



linke Ansicht

Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Ihr Kind die Beschwerden hat. Eventuelle Narben bitte mit Rot makieren.



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22  
27568 Bremerhaven

<b>Fragen zur Schwangerschaft</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Lagen bereits frühere Schwangerschaften vor?		
Lagen Fehlgeburten vor?		
Kam es zum Einsatz von fertilitätsfördernden oder reproduktionsmedizinischen Verfahren?		
Gab es vor und/oder in der Schwangerschaft Traumata?		
Wie zeigt sich der körperliche Gesundheitszustand der Mutter vor und in der Schwangerschaft?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arterielle Hypertonie</li> <li>○ Länger dauernde Krankheiten</li> <li>○ Gestationsdiabetes</li> <li>○ Fieber</li> <li>○ Psychische Probleme</li> <li>○ Sonstiges (z.B. Stressfaktoren, Todesfälle)</li> </ul>		
<b>Fragen bezüglich der Geburt</b>		
War es eine spontane Geburt?		
War es eine eingeleitete Geburt?		
War es eine schwierige Geburt?		
War es eine lange Geburt?		
War es eine kurze Geburt?		
War es eine Geburt vor errechneter Niederkunft?		
War es eine Geburt nach errechneter Niederkunft?		
Kam es zu einer Geburtsverzögerung?		
Kam es zum Einsatz von <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wehenmitteln/ Wehenhemmern?</li> <li>○ Schmerzstillenden Mitteln?</li> <li>○ Periduralanästhesie ?</li> </ul>		
Lag ihr Kind schon lange tief im Becken?		
Kamen geburtshilfliche Maßnahmen zum Einsatz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eine Saugglocke?</li> <li>○ eine Zange?</li> </ul>		
Kam es zu einer geplanten Sectio caesarea?		
Kam es zu einer Notsectio?		
Welche Geburtsposition des Kindes lag vor <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beckenendlage ?</li> <li>○ Gesichtslage?</li> <li>○ Stirnlage?</li> <li>○ Hinterhauptslage?</li> <li>○ Vorderhauptslage?</li> </ul>		
War die Nabelschur um den Hals oder Kopf gewickelt?		
<b>Fragen zu der Zeit nach der Geburt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Sofortiger Einsatz der Atmung?		
Musste das Kind intensiv medizinisch betreut werden?		
Lagen sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor?		



<b>Fragenliste für Baby/Kind vom 10. Tag bis 24.-30. Monat</b>		
<b>Allgemeine Fragen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wie zufrieden wirkt ihr Kind <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ständige Aufmerksamkeit?</li><li><input type="radio"/> Ständiges Herumtragen?</li></ul>		
Überstreckt sich ihr Kind (gespannter Bogen)?		
Zieht es sich krampfartig zusammen?		
Wirkt es steif oder schlapp?		
Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite (Asymmetrie)?		
Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten?		
Wie ist das Schreien ihres Kindes? <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> laut</li><li><input type="radio"/> schrill</li><li><input type="radio"/> weinerlich</li><li><input type="radio"/> stöhnend</li></ul>		
Wie reagiert ihr Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt? <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> schreiend</li><li><input type="radio"/> abweisend</li><li><input type="radio"/> unauffällig</li></ul>		
Atmet ihr Kind hörbar schwer?		
Erscheint ihr Kind wach für sein Alter?		
Erscheint ihr Kind hyperaktiv?		
Erscheint ihr Kind passiv?		
Tränen bei ihrem Kind ein oder beide Augen?		
Liegen Unfälle vor? <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Sturz vom Wickeltisch?</li><li><input type="radio"/> Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)?</li><li><input type="radio"/> Schleudertrauma?</li></ul>		
Hat ihr Kind eine Skoliose?		
Leidet es unter sonstigen Erkrankungen? z.B. Herzerkrankungen, neurologische Erkrankung, Allergien		
Wurde ihr Kind geimpft? <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt?</li><li><input type="radio"/> Traten nach der Impfungen Reaktionen auf?</li></ul>		
Zeigt ihr Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung?		



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22  
27568 Bremerhaven

<b>Fragen zur Nahrungsaufnahme</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wie ist das Trinkverhalten ihres Kindes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saugschwierigkeiten?</li> <li>○ Effektives Saugen?</li> <li>○ Schluckprobleme?</li> </ul>		
Spuckt es immer nach dem Trinken?		
Muss es häufig aufstossen?		
Bekommt es regelmäßig Schluckauf nach dem Trinken?		
Erbricht ihr Kind die Flüssigkeit oder Milch?		
Hat ihr Kind einen vermehrten Speichelfluss?		
Leidet ihr Kind unter Flüssigkeitsverlust (Trockene Zunge)?		
Leidet ihr Kind unter Koliken?		
Leidet ihr Kind unter Obstipation?		
Liegt ein fester Bauch vor?		
<b>Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Treten bei Positionsänderungen Schmerzen auf?		
Schreit es bei Positionswechsel?		
<b>Fragen zum Schlafverhalten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Schläft ihr Kind immer zu einer Seite?		
Schreit ihr Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache?		
Sucht ihr Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett?		
Schläft ihr Kind tagsüber oft und lang?		
Ist es nachts wach?		
Schläft ihr Kind selbständig ein?		
Schläft ihr Kind schwierig ein?		
Weint ihr Kind vor jedem Einschlafen?		
Weint ihr Kind nach dem Wachwerden?		
Wird ihr Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach?		
Leidet ihr Kind unter Schlaflosigkeit?		