



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
 27568 Bremerhaven

Anamnesebogen Osteopathie Kinder	
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!

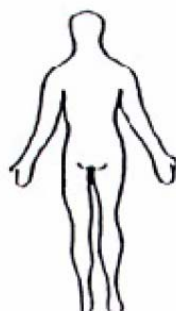
Name (Kind)	Vorname(Kind)	
Straße, PLZ, Ort		
Geburtsdatum und Geburtsort	Geburtszeit	M/W
Telefonnummer Privat und Mobil	Körpergröße und Körpergewicht	
Medikamente	Hausarzt mit Telefonnummer	
Schule		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Was ist das Hauptproblem Ihres Kindes?		
Wann haben die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

Zielsetzung :

Was möchten Sie für Ihr Kind erreichen?



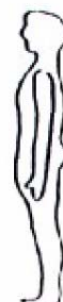
Vorder-



Rück-



rechte



linke Ansicht

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



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

1. Wie äußert Ihr Kind seine Beschwerden?

2. Gibt es ein Muster oder eine Regelmäßigkeit im Auftreten der Beschwerden?

3. Welche Umstände verbessern die Beschwerden (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung, usw.)?

4. Wodurch entsteht Verschlechterung?

5. Was haben Sie selbst gegen die Beschwerden unternommen?

6. Welche Behandlungen haben schon stattgefunden?

7. Gibt es neben der Hauptbeschwerde noch DAZUKOMMENDE Beschwerden?

- _____
 - _____
 - _____
-

8. Wie ist die Familienzusammenstellung?

9. Um das wievielte Kind geht es?

10. **Familiäre Krankheiten:** vererbbar(z.B. Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Zuckerkrankheit, usw.), oder nicht-vererbbar

- Mutter

 - Vater

 - Andere Familienangehörige

-

11. Ist die Schwangerschaft dieses Kindes gut verlaufen? Wenn nein, was verlief nicht gut und zu welchem Zeitpunkt?

12. Mussten Sie Medikamente nehmen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche, wofür und wann?

13. Wie verlief die Entbindung?

14. Wie verliefen andere Entbindungen?

15. Welche Impfungen hat Ihr Kind schon bekommen?



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

16. Wie hat Ihr Kind auf die Impfungen reagiert? Krank/nicht krank/hohes Fieber/wenig Fieber/unruhig, usw. ?

17. Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

18. Welche Krankheit war die schlimmste?

19. Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Was für eine Operation?

20. Wie verlief/verläuft das Zahnen?

21. Hat Ihr Kind schon alle Milchzähne?

22. Wechselt' Ihr Kind schon die Zähne? Wie verläuft das?

23. Schläft Ihr Kind gut? Wenn nein, wacht Ihr Kind nachts auf? Wann?

24. Wie ist der Stuhlgang? ___ X täglich/ ___ X pro Woche. Regelmäßig/unregelmäßig.
Konsistenz: fest/ breiig/ weich/wässrig.
Farbe: weiß/hellbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz.

25. Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

26. Wie geht Ihr Kind mit Essen um?

27. Welche Nahrungsmittel und/oder Getränke bekommen Ihrem Kind nicht gut?

28. Hat Ihr Kind großen Appetit auf Süßes?

29. Verläuft in der Schule alles gut?

30. Knüpft Ihr Kind schnell Kontakte in der Schule, oder Nachbarschaft?

31. Wie benimmt sich Ihr Kind Ihnen gegenüber?

Haben Sie weitere relevante Informationen?



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

Beschreibung des Kindes	Ja	Nein
<i>Ist Ihr Kind...</i>		
• schnell angefasst, schnell beleidigt?		
• ein ‚Mamakind‘?		
• träge, faul?		
• schnell zu erschrecken?		
• trocken; (Tag und/oder Nacht)?		
• spät angefangen zu laufen, stehen, reden usw.?		
• klein für sein Alter?		
• groß für sein Alter?		
• schnell müde?		
<i>Hat Ihr Kind...</i>		
• eine schlechte Konzentration?		
• ein wechselndes Gemüt (abwechselnd weinen und lachen)?		
• Angst alleine zu sein?		
• sonstige Ängste?		
Das Kind hat Angst vor		
<i>Hat Ihr Kind...</i>		
• viele Freunde/Spielkameraden?		
• Freude daran alleine zu spielen?		
• viel Durst?		
• wenig Durst?		
• guten Appetit?		
• wenig Appetit		
• großen Appetit auf Süßes?		
Wenn nein, gibt es ein Bedürfnis nach etwas anderem?		
<i>Hat/hatte Ihr Kind...</i>		
• Ekzeme		
• Warzen		
• Durchfall		
• Verstopfung		
• Allergien		
Wenn Ja, welche?		
<i>Mag Ihr Kind...</i>		
• gerne schmuse(n)?		
• (sehr) ungern schmuse(n)?		