



**FRAGEBOGEN FÜR Babys**

*Wir bringen Bewegung  
in Ihr Leben.*

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr .....

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie sie dann so genau wie möglich. Bei Ihrem ersten Termin werden die Angaben mit Ihnen besprochen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Nachname (des Kindes):..... Vorname: .....

Adresse .....

PLZ + Wohnort ..... Geburtsort.....

Geburtsdatum..... Geburtszeit.....

Tel. .... Handy (evt.) .....

Schule .....

Medikamente .....

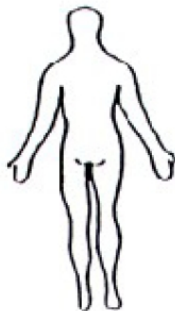
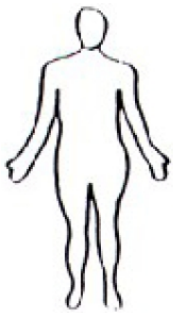
Hausarzt ..... Facharzt .....

Wer hat Sie über die osteopathische/mesologische Behandlung informiert?

Was ist das Hauptproblem Ihres Kindes? .....

Wann haben die Beschwerden angefangen? .....

Unter welchen Umständen war das? .....



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

Vorder-

Rück-

rechte

linke Ansicht



*Wir bringen Bewegung  
in Ihr Leben.*

**Fragen zur Schwangerschaft**

|  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|--|-----------|-------------|
| • Lagen bereits frühere Schwangerschaften vor?   | 0         | 0           |
| • Lagen Fehlgeburten vor?  | 0         | 0           |
| • Kam es zum Einsatz von fertilitätsfördernden oder reproduktionsmedizinischen Verfahren?      | 0         | 0           |
| • Gab es vor und/oder in der Schwangerschaft Traumata?   | 0         | 0           |
| • Wie zeigt sich der körperliche Gesundheitszustand der Mutter vor und in der Schwangerschaft? |           |             |
| ○ Arterielle Hypertonie  | 0         | 0           |
| ○ Länger dauernde Krankheiten  | 0         | 0           |
| ○ Gestationsdiabetes   | 0         | 0           |
| ○ Fieber   | 0         | 0           |
| ○ Psychische Probleme  | 0         | 0           |
| ○ Sonstiges (z.B. Stressfaktoren, Todesfälle)  | 0         | 0           |

**Fragen, die die Geburt betreffen**

|   |   |   |
|---|---|---|
| • War es eine spontane Geburt?                        | 0 | 0 |
| • War es eine eingeleitete Geburt?                    | 0 | 0 |
| • War es eine schwierige Geburt?                      | 0 | 0 |
| • War es eine lange Geburt?                           | 0 | 0 |
| • War es eine kurze Geburt?                           | 0 | 0 |
| • War es eine Geburt vor errechneter Niederkunft?     | 0 | 0 |
| • War es eine Geburt nach errechneter Niederkunft?    | 0 | 0 |
| • Kam es zu einer Geburtsverzögerung?                 | 0 | 0 |
| • Kam es zum Einsatz von                              |   |   |
| ○ Wehenmitteln/Wehenhemmern?                          | 0 | 0 |
| ○ Schmerzstillenden Mitteln?                          | 0 | 0 |
| ○ Periduralanästhesie                                 | 0 | 0 |
| • Lag ihr Kind schon lange tief im Becken?            | 0 | 0 |
| • Kamen geburtshilfliche Maßnahmen zum Einsatz        |   |   |
| ○ eine Saugglocke?                                    | 0 | 0 |
| ○ der Zange?  | 0 | 0 |
| • Kam es zu einer geplanten Sectio caesarea?          | 0 | 0 |
| • Kam es zu einer Notsectio?                          | 0 | 0 |
| • Welche Geburtsposition des Kindes lag vor           |   |   |
| ○ Beckenendlage ?                                     | 0 | 0 |
| ○ Gesichtslage?                                       | 0 | 0 |
| ○ Stirnlage?  | 0 | 0 |
| ○ Hinterhauptslage?                                   | 0 | 0 |
| ○ Vorderhauptslage?                                   | 0 | 0 |
| • War die Nabelschur um den Hals oder Kopf gewickelt? | 0 | 0 |



*Wir bringen Bewegung  
in Ihr Leben.*

**Fragen, die die Zeit nach der Geburt betreffen**

- |  | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Sofortiger Einsatz der Atmung?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Musste ihr Kind intensiv medizinisch betreut werden?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Lagen sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Fragenliste für Baby/Kind vom 10. Tag bis 24.-30. Monat**

**Allgemeine Frageliste**

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Wie zufrieden wirkt ihr Kind                                       |                       |                       |
| ○ Ständige Aufmerksamkeit?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Ständiges Herumtragen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Überstreckt sich ihr Kind (gespannter Bogen)?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Zieht es sich krampfartig zusammen?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wirkt es steif oder schlapp?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite (Asymmetrie)?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wie ist das Schreien ihres Kindes?                                 |                       |                       |
| ○ laut   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ schrill  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ weinerlich   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ stöhnend   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wie reagiert ihr Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt? |                       |                       |
| ○ schreiend  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ abweisend  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ unauffällig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Atmet das Kind hörbar schwer?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Erscheint ihr Kind wach für sein Alter?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Erscheint ihr Kind hyperaktiv?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Erscheint ihr Kind passiv?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Tränen bei ihrem Kind ein oder beide Augen?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Liegt eine craniale Asymmetrie vor?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Liegt eine fasciale Asymmetrie vor?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Liegen Unfälle vor?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Sturz vom Wickeltisch?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Schleudertrauma  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat ihr Kind eine Skoliose?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet es unter sonstigen Erkrankungen?                            |                       |                       |
| z.B. Herzerkrankungen, neurologische Erkrankung, Allergien           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde ihr Kind geimpft?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt?                     | .....                 |                       |
| ○ Traten nach der Impfungen Reaktionen auf?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



*Wir bringen Bewegung  
in Ihr Leben.*

**Fragen zur Nahrungsaufnahme**

|   | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Wie ist das Trinkverhalten ihres Kindes                     |                       |                       |
| ○ Saugschwierigkeiten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Effektives Saugen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Schluckprobleme?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Spuckt es immer nach dem Trinken?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Muss es häufig aufstossen?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bekommt es regelmäßig Schluckauf nach dem Trinken?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Erbricht ihr Kind die Flüssigkeit oder Milch?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat ihr Kind einen vermehrten Speichelfluss?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet ihr Kind unter Flüssigkeitsverlust (Trockene Zunge)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet ihr Kind unter Koliken?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet ihr Kind unter Obstipation?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Liegt ein fester Bauch vor?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel**

|  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Treten bei Positionsänderungen Schmerzen auf ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schreit es bei Positionswechsel?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Fragen zum Schlafverhalten**

|   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Schläft ihr Kind immer zu einer Seite?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schreit ihr Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sucht ihr Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schläft ihr Kind tagsüber oft und lang?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist es nachts wach?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schläft ihr Kind selbständig ein?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schläft ihr Kind schwierig ein?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Weint ihr Kind vor jedem Einschlafen?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Weint ihr Kind nach dem Wachwerden?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wird ihr Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet ihr Kind unter Schlaflosigkeit?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |