

Anamnese Fragebogen für Kinder von 0 bis 12 Jahren

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen Sie sich genug Zeit dafür. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten beantworten Sie die Fragen mit ihren eigenen Worten.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Tel. Eltern: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____
Versicherung: _____
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das U-Heft (gelbes Heft) und den Impfpass (sofern vorhanden) zur ersten Behandlung mit!

Behandelnder Kinderarzt _____
Bestehen gesundheitliche Vorerkrankungen oder Operationen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Gibt es bekannte Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle? ja nein
Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen? (z.B. Asthma) ja nein
Gibt es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme? ja nein
Wenn ja in welchen Bereichen? _____
Aktuelles Körpergewicht: _____ g Aktuelle Körpergröße: _____ cm (Datum: _____)
Gibt es bestimmte Diät oder Ernährungsrichtlinien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind:
krabbeln: _____ / frei gehen: _____ / 2-Wort Sätze bilden: _____ / war es trocken: _____

Schwangerschaft und Geburt (Diese Fragen finden Sie im Mutterpass und im U-Heft)

Geburtsmodus: _____ und Geburtslage: _____
Schwangerschaftswoche: _____ SSW Geburtsgewicht: _____ g
Größe: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
Wievielte Schwangerschaft: _____ Wievielte Geburt: _____
Geschwister: _____ Name: _____ Alter: _____

Schildern Sie kurz den Grund für die osteopathische Behandlung:

Gab es Hilfe bei der Zeugung:

Keine: _____, Insemination: _____, Hormongaben: _____

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

(z.B. Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Blutungen, Unfälle, Infekt Mutter ____ Kind ____)

Hat die Mutter Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente während der Schwangerschaft

genommen? ja nein. Wenn ja, welche? _____

Wie hat die Mutter die Schwangerschaft erlebt? Gab es Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es Stress, emotionale Krisen, belastende Todesfälle während der Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie war die Geburt? (Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, medikamentöse Einleitung, PDA)

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Geschwister. Z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose (MS), Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, andere:

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, andere _____

Gab es Infekte? (z.B. Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, Blasenentzündung)

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, andere _____

Wie schläft Ihr Kind? (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen,

Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen, andere _____

Welche Einschlaf Hilfen hat Ihr Kind?

z.B. Tragen, Daumen lutschen, Schnuller, Fläschchen, Kontakt, andere _____

Schlafenszeiten (von – bis) ca. _____

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang _____ - _____ x Tag oder _____ - _____ x Woche

Hat Ihr Kind Probleme beim Stuhlgang? (z.B. Schmerzen, Angst, harter Stuhl, häufiger Durchfall, Inkontinenz, etc.)

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Probleme mit der Harnblase? (z.B. häufige Harnwegs Infekte, auffällig häufiger Harndrang, obwohl trocken einnässen bei Stress, in der Nacht, am Tage, auffälliges Trinkverhalten, andere) _____

Gibt es Probleme mit den Zähnen? (z.B. Zahnspange, auffällig starke Schmerzen beim Zahnen, Zusätzliche Zähne, fehlende Zahnanlagen, viel Karies, Wurzelentzündungen, andere) _____

Gibt es Probleme an den Organen? (z.B. Fehlbildungen, Herzfehler, Funktionsprobleme?)

Welche genau? _____

Gibt es eine Brille? Wenn ja tragen Sie bitte die Angaben aus dem Brillenpass ein:

Rechtes Auge: _____ Linkes Auge: _____

Besonderheiten _____ rechtes Auge, Besonderheiten _____ linkes Auge

Oder andere Besonderheiten an den Augen? Augenkrankheiten, Erblindung, andere

Welche? _____

Welche Behandlungen oder Therapien wurden bislang durchgeführt? Mit welchem Erfolg?

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bin mit der osteopathischen Behandlung meines Kindes einverstanden.

Ort und Datum

(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte/n)

Unterschrift