



Anmelde-/ Anamnesebogen für unsere kleinen Patienten

Um Sie gut betreuen zu können und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitten wir Sie einige Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes zu beantworten.

Name des Kindes _____ Anzahl der Geschwister _____

geb. _____ Alter _____

Straße _____

PLZ – Wohnort _____

Beruf der Eltern _____

Telefon _____ Email _____

Behandelnder Kinderarzt _____

Empfehlung durch _____

Rechnungsinformationen
Name Rechnungsempfänger _____

Sind Sie privat versichert, bei _____

Zusatzversichert? bei _____

Selbstzahler? Ja _____ Nein _____

1. Was ist der Grund Ihres Besuches?

2. Vorbefunde

Ist Ihr Kind aktuell in ärztlicher Behandlung?

Gibt es Arztbriefe/Befunde zB Röntgen, MRT, CT?

War/ ist Ihr Kind in sonstiger Therapie? Falls ja, welche?

3. Daten zur Geburt Ihres Kindes

Anzahl der bisherigen Geburten?

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? Welche?

Geburt in der SSW

Wie lange dauerte die Geburt?

Wurde die Geburt eingeleitet? Falls ja, warum?

War die Geburt ein Kaiserschnitt? Falls ja, warum?

Wurden Hilfsmittel verwendet? Falls ja, welche?
(Saugglocke, Zange, kristellern)

Gab es Geburtskomplikationen? Falls ja, welche?

4. Daten zur Entwicklung

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung? Welche?

Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung? Welche?

Hat(te) es Probleme in der Feinmotorik? Welche?

Kann/ konnte es krabbeln?

Hat(te) es Verhaltensauffälligkeiten? Welche?

Hat(te) es Probleme sich zu konzentrieren?

Hat(te) es Probleme in der Schule? Welche?

Hat(te) es Probleme mit dem Sauber werden? Welche?

5. Auffälligkeiten

Hat(te) Ihr Kind Schlafprobleme? Welche?

Ist/war es ein Schreikind?

Hat(te) es Milchschorf?

Ist es im Nackenbereich empfindlich?

Hat(te) es häufig Schluckauf?

Sabbert(e) oder spuckt(e) es viel?

Hat(te) es Verdauungsprobleme?

Wie häufig ist der Stuhlgang? Gibt es Probleme beim Stuhl absetzen?

6. Assymetrien

Händigkeit?

Ist Ihr Kind „schief“?

Hat(te) es eine Lieblingsseite?

Trinkt/ trank Ihr Kind an einer Brust besser? Welche?

Hat(te) es die Bauchlage abgelehnt?

Hat(te) es einen abgeflachten Hinterkopf?

7. Gesundheitsprobleme

Kopfschmerzen? Wie häufig?

Häufige Infektionen im Nasen/Rachenraum?

Mittelohrentzündungen Letzter Hörtest?

Trägt es eine Brille? Letzter Sehtest?

Trägt/ trug es eine Zahnspange? Von bis

Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Welche?

Wachstumsschmerzen?

Sonstige Erkrankungen? Welche?

8. Sonstiges

Flaschenkind Stillkind? Wie lange?

Welche Impfungen erhielt Ihr Kind bislang?

Ist Ihr Kind momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? Welche?
(familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Hatte Ihr Kind schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/ Traumata?
Welche?

Wann?

Hatte Ihr Kind Operationen? Welche?

Wann?

Anzahl der bisherigen Krankenhaustage? Weswegen?

Schwere Erkrankungen der Eltern, Großeltern, Geschwister? Welche?

Hiermit gebe(n) ich/wir mein/unser Einverständnis zur osteopathischen Behandlung meines/unseres Kindes

Datum:

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten