

## Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen

Anamnese Fragebogen für ....., geboren am .....  
Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

### 1.) zur Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. ja/nein  
(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..)

Geschwister wurden hier bereits vorgestellt ja/nein  
wer \_\_\_\_\_

### 2.) Schwangerschaft/Kind:

Anzahl: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter bei der Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI): \_\_\_\_\_

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.)  
\_\_\_\_\_

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft ja/nein

Entbindung in der \_\_\_\_\_ Woche

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PH-Wert Nabelschnur: \_\_\_\_\_ BE (Base excess): \_\_\_\_\_

### 3.) Die Geburt:

Spontan: ja/nein

Eingeleitet: ja/nein

Mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt: ja/nein

geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand \_\_\_\_\_

Lage des Kindes: (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker...)\_\_\_\_\_

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung:\_\_\_\_\_

Anzahl (ca.) Presswehen \_\_\_\_\_

PDA /Spinalanästhesie : ja/nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke/) ja/nein\_\_\_\_\_

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff) ja/nein

Die Nabelschnur war verschlungen ja/nein  
wo/worum:\_\_\_\_\_

Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_

#### 4.) Nach der Geburt:

Das Kind hat sofort geschrien ja/nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt ja/nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes \_\_\_\_\_Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen ja/nein \_\_\_\_\_Tage  
(Ikterus/Gelbsucht)

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja/nein  
warum:\_\_\_\_\_

Wurde das Kind beatmet ja/nein \_\_\_\_\_Tage

Medikamente ja/nein  
welche: \_\_\_\_\_

#### 5.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein  
welche \_\_\_\_\_

Bäuerchen kommt schwer ja/nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Wir haben ein Speikind ja/nein

Abendliche Unruhe ja/nein wie lange \_\_\_\_\_Stunden

Unstillbares Schreien ja/nein wie lange \_\_\_\_\_Stunden

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen \_\_\_\_\_Stunden

## 6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

|   |                          |               |
|---|--------------------------|---------------|
| Sofort nach der Geburt  |                          | ja/nein       |
| Erst später sichtbar  |                          | ja/nein       |
| Köpfchen ist abgeflacht   |                          | ja/nein       |
| wo: _____   |                          |               |
| Überstreckt sich das Kind/macht es sich steif                         |                          | ja/nein       |
| Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt /breit wickeln/Spreizhose |                          | ja/nein       |
| Das Baby  | schaut(e) nur nach       | rechts./links |
|   | bevorzugt eine Brust     | rechts/links  |
|   | dreht(e) sich nur nach   | rechts./links |
|   | bewegt beide Arme gleich | ja/nein       |
| Ihr Kind schläft in   | Rückenlage / Seitenlage  |               |
| Akzeptiert Ihr Kind   | die Rückenlage           | ja/nein       |
|   | Bauchlage                | ja/nein       |

## 7.) Sonstige Erkrankungen

(Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, etc.)

## 8.) Bisherige Therapie

9.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

10.) Name, Adresse, Telefonnummer der/des Eltern/Erziehungsberechtigten

11.) Sonstige Informationen:

**Ort:**

**Datum:**

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten**