

Liebe Eltern!

Bitte nehmen Sie sich Zeit für das Ausfüllen des Bogens, er versorgt uns mit wichtigen Vorabinformationen, auf die wir unser Gespräch mit Ihnen aufbauen können.

Anamnesebogen für den Erstvorstellungstermin am:

Name:

Geburtsdatum:

Familienanamnese (Eltern/Geschwister/Großeltern):

.....
.....

Chronische Krankheiten:

nein ja wenn ja, welche:

Muskel-/Skelett-/ Bindegewebserkrankungen:

wenn ja welche

Wirbelsäulen-/skelettomuskuläre Probleme

Skoliose Missbildungen Verschleiß
 Nacken/Kreuzbeschwerden Asymmetrien Verspannungen Kopfschmerz

Geschwister-Kinder bereits bei uns vorgestellt:

nein ja wenn ja, warum

Schwangerschaft(en) & Geburt:

Geschwister nein ja wenn ja wie viele

Errechneter Geburtstermin:

tatsächlicher Geburtstag..... Geburtsgewicht..... Länge

Kindslage:

Beckenendlage Querlage tiefe Einstellung ins mütterliche Becken Sterngucker

Frühgeburtlichkeit nein ja wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche

Vaginale Entbindung:

spontan ohne Hilfe mit Kristellerhilfe (Druck auf Bauch) Saugglocke Zange

manuelles Ziehen Nabelschnurumschlingung

Kaiserschnitt:

primär geplant (wievielte SSW) sekundärer Kaiserschnitt Notkaiserschnitt

Komplikationen/Besonderheiten:
.....

Mehrling nein ja Zwilling/ein-oder zweieiig Drilling

Längere Verweildauer (nach Geburt) im Krankenhaus: nein ja wenn ja, warum
.....
.....

Andere bereits bekannte gesundheitliche Probleme (allgemein) des Kindes:

keine

wenn bekannt, wie folgt:
.....
.....

Haltung/Auffälligkeiten/bisheriger Verlauf:

Vorzugslage Kopf: Drehung re/li Seitneige re/li Rückbeuge des Kopfes (Überstrecken)

Vorzugslage Kind „gesamt“: in Rückenlage Bauchlage c-förmig Rückbeuge

Hinterkopf auffällig: nein ja

Hinterkopf abgeflacht: wo? mittig links rechts

Gesichtsasymmetrie: nein ja wenn ja, was ist auffällig?
.....
.....

Arme/Beine asymmetrisch bewegt: nein ja wenn ja, was fällt auf?
.....

o.g. Auffälligkeiten bemerkt: wann? sofort nach Geburt später wenn später, wann
durch wen?

Bisherige Therapie: nein ja Osteo seit wann wie oft
 Physio/KG seit wann wie oft

Stillen/Füttern:

Stillen: unproblematisch beidseitig eine Seite (welche?) problematisch Flasche

Gedeihen/Gewicht: gut problematisch

Spucken: nein ja

Sabbern: nein ja

Schreien: angemessen vermehrt

Unruhe/Zappeligkeit: angemessen vermehrt

Stimmung: ok unentspannt quengelig

Gesamtspannung: ok vermehrt

Fäusteln/Henkeln der Arme: angemessen vermehrt

Schwitzen (Kopf/Hände/Füße): angemessen vermehrt

Bauchweh/Koliken: nein ja

Stuhlgang: ohne Probleme Verstopfung

Einschlafen/Durchschlafen: unproblematisch schwierig

Nackenempfindlichkeit: nein ja

Anziehen/Ausziehen: unkompliziert schwierig

Bauchlage: nicht durchgeführt unkompliziert/gerne schwierig

Überstrecken: nein ja

Ablegen: unproblematisch schwierig

Maxi Cosi: unproblematisch schwierig

Kinderwagen: unproblematisch schwierig

Weitere Anmerkungen / Beobachtungen / Wichtiges / Erwähnenswertes:

.....
.....
.....

Es geht bei der Beantwortung der Fragen um Ihre eigene elterliche Einschätzung, nicht um die Meinung anderer ggfs. beteiligter Personen. Wenn Sie zu den einzelnen Punkten oben noch Ergänzungen machen möchten, so tun Sie das bitte jederzeit. Wir sind sehr an Ihren ausführlichen Beschreibungen/Beobachtungen interessiert, denn nur so können wir uns ein umfassendes Bild machen.

Danke Das Praxisteam