**Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen**

Anamnese Fragebogen für ………………………………, geb…………………………..

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. (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..) | ja/nein  |
| Geschwister wurden hier bereits vorgestellt  | ja/nein  |

 wer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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

1. **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

1. **Sonstige Erkrankungen**

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

1. **Bisherige Therapie**
2. **Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes**
3. **Name, Adresse, Telefonnummer der/des Eltern/Erziehungsberechtigten**

**10.) Sonstige Informationen:**

**Ort: Datum: Unterschrift des Erziehungsberechtigten**