



Ingolstädter Straße 26 a, 86633 Neuburg
Tel.: 08431-507790

Fragebogen für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan. Fragen bei denen die Antwortmöglichkeiten in Klammern () stehen, bitte diese einkreisen oder unterstreichen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

Sie helfen uns damit bei der Erstellung des bestmöglichen Therapieablaufes. Falls Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an uns.

Name, Vorname (Kind): _____ Geschlecht: (m) (w)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ mitversichert bei: _____

versichert bei: _____

E-Mail: _____

Organisatorisches:

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.

Das Badetuch (als Unterlage) bitte nicht vergessen.

Privatleistung Osteopathie:

Die osteopathische Behandlung ist eine Privatleistung. Als Heilpraktiker bin ich - Michael Golling - zur eigenständigen Abrechnung mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen oder einer entsprechenden Zusatzversicherung berechtigt. Es wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet.

Die Kosten der erbrachten Leistung sind am Behandlungstag in bar oder per EC-Karte vom Patienten zu begleichen.

Hiermit erkläre ich mich mit den o. g. Bedingungen einverstanden.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Familienanamnese

Erkrankungen der Eltern:

Frühere Schwangerschaften:

Anzahl: ____ Wann?: _____

Frühere Entbindungen / Geschwister

Anzahl d. Geschwister: ____ Wann geboren?: _____

Bekannte Genschädigungen in der Familie: (JA) (NEIN)

Welche? _____

Bekannte neurologische Erkrankungen in der Familie: (JA) (NEIN)

Welche? _____

Körperliche Verspannungen und chronische Wirbelsäulenbeschwerden der Mutter?: (JA) (NEIN)

Schwangerschaftsverlauf

Probleme der inneren Organe während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Wirbelsäulenprobleme während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (Fruchtwasser)? ca. ____ kg

Medikamente während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Suchtmittel während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Toxische Belastung während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren?

Hat es vorzeitige Wehen gegeben? (JA) (NEIN)

Ab wann? _____

War eine Cerclage (Verschluss des Muttermundes) erforderlich? (JA) (NEIN)

Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)? (JA) (NEIN)

Welche? _____

War der Eintritt des Kindes ins Becken zu früh? (JA) (NEIN)

Wann? _____

Traten noch andere Probleme während der Schwangerschaft auf?

Welche? _____

Die Entbindung

Wie kam das Kind zur Welt? Gab es irgendwelche Besonderheiten?

Nach der Geburt

Lag eine Zyanose vor (war das Kind blau)? (JA) (NEIN)

Wie war die Schädelform des Kindes? _____

Gab es Gesichtsanomalien? (JA) (NEIN)

Lagen Ödeme vor? (JA) (NEIN)

Lagen Ekchymosen (Schleimhautblutungen) vor? (JA) (NEIN)

Waren die Reflexe normal? (JA) (NEIN)

Konnte das Kind von Anfang an saugen? (JA) (NEIN)

Mussten bei dem Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel eingesetzt werden? (JA) (NEIN)

Wie war der Apgar (Herzfrequenz, Atemanstrengung, Muskeltonus, Hautfarbe)?

Die Entwicklung des Kindes

Hat das Kind die durch die Geburt verursachten Asymmetrien lange behalten? (JA) (NEIN)

Bestand ein Strabismus (Schielen)? (JA) (NEIN)

War es permanent da? (JA) (NEIN)

Hat das Kind eine bevorzugte Seite beim Schlafen oder Stillen? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes?

Zittert das Kind häufig, gibt es Phasen wo das Kind verstärkte Spastizität (Muskelüberreizung) zeigt? (JA) (NEIN)

Wann? _____

Saugt und schluckt das Kind normal? (JA) (NEIN)

Gibt es Probleme der Regurgitation (Spuckkinder)? (JA) (NEIN)

Schreit das Kind häufig? (JA) (NEIN)

Hat das Kind besondere Angewohnheiten (kratzen, oder schlägt es mit dem Kopf gegen das Bett usw.)? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Haben sich die Fontanellen zum üblichen Termin geschlossen? (JA) (NEIN)

Hat der Schäeldurchmesser regelmäßig zugenommen? (JA) (NEIN)

Hat das Kind Bedürfnis, an seinem Daumen zu lutschen? (JA) (NEIN)

Bekommt das Kind seine Zähne regulär? (JA) (NEIN)

Ist das Verhältnis Ober und Unterkiefer harmonisch? (JA) (NEIN)

Hat es beide Arme und Beine auf dieselbe Art benutzt? (JA) (NEIN)

Wie verlief das Krabbeln? _____

Wie verlief das Gehenlernen? _____

Wie verlief die Sprechphase? _____

Leidet das Kind an Enuresis (Bettnässen)? (JA) (NEIN)

Verläuft das Wachstum normal? (JA) (NEIN)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ Unterschrift: _____