



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

## **Fragebogen für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen**

**Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!**

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:

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:  gez.:

## Familienanamnese

Erkrankungen der Eltern:

  

Frühere Schwangerschaften:

Anzahl:  Wann?:

Frühere Entbindungen / Geschwister

Anzahl d. Geschwister:  Wann geboren?:

Bekannte Genschädigungen in der Familie:

Welche?

Bekannte neurologische Erkrankungen in der Familie:

Welche?

Körperliche Verspannungen und chronische Wirbelsäulenbeschwerden der Mutter?:

## Schwangerschaftsverlauf

Probleme der inneren Organe während der Schwangerschaft?

Welche?

Wirbelsäulenprobleme während der Schwangerschaft?

Welche?

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (Fruchtwasser)? ca.  kg

Medikamente während der Schwangerschaft?

Welche?

Suchtmittel während der Schwangerschaft?

Welche?

Toxische Belastung während der Schwangerschaft?

Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren?

Hat es vorzeitige Wehen gegeben?

Ab wann?

War eine Cerclage (Verschluss des Muttermundes) erforderlich?

Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)?

Welche?

War der Eintritt des Kindes ins Becken zu früh?

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)?

Wie war die Schädelform des Kindes?

Gab es Gesichtsanomalien?

Lagen Ödeme vor?

Lagen Ekchymosen (Schleimhautblutungen) vor?

Waren die Reflexe normal?

Konnte das Kind von Anfang an saugen?

Mussten bei dem Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel eingesetzt werden?

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

### Die Entwicklung des Kindes

Hat das Kind die durch die Geburt verursachten Asymmetrien lange behalten?

Bestand ein Strabismus (Schielen)?

War es permanent da?

Hat das Kind eine bevorzugte Seite beim Schlafen oder Stillen?

Welche?

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes?

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

Wann?

Saugt und schluckt das Kind normal?

Gibt es Probleme der Regurgitation (Spuckkinder)?

Schreit das Kind häufig?

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

Welche?

Haben sich die Fontanellen zum üblichen Termin geschlossen?

Hat der Schädel Durchmesser regelmäßig zugenommen?

Hat das Kind Bedürfnis, an seinem Daumen zu lutschen?

Bekommt das Kind seine Zähne regulär?

Ist das Verhältnis Ober und Unterkiefer harmonisch?

Hat es beide Arme und Beine auf dieselbe Art benutzt?

Wie verlief das Krabbeln?

Wie verlief das Gehenlernen?

Wie verlief die Sprechphase?

Leidet das Kind an Enuresis (Bettnässen)?

Verläuft das Wachstum normal?

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Datum:  Ausgefüllt von: