



Anamnesebogen für Kleinkinder und Kinder

Liebe Eltern,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragenbogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann. Bitte bringen Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, Risikoaufklärung, evtl. vorhandenen Röntgenbildern, Therapieberichte etc. zum ersten Behandlungstermin mit!

Hinweis Datenschutz:

Die Datenübertragung im Internet ist nicht lückenlos geschützt, aufgrund dessen kann ein absoluter Schutz vor dem Zugriff durch Dritter nicht garantiert werden (z.B. bei der Zusendung des Fragebogens per E- Mail).

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Mitarbeit!

Allgemeine Angaben Kind

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Datum Ersttermin:

Aus welchem Konsultationsgrund wünschen Sie eine osteopathische Behandlung?

Welche Untersuchungen und Therapien wurden bisher schon bzgl. Ihres Anliegens durchgeführt?

1. Familienanamnese

1. Familienstand:

2. familiäre Vorerkrankungen (z.B. Gendefekte, neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck etc.):

3. chronische Wirbelsäulenerkrankung der Eltern:

4. Berufliche Tätigkeit Vollzeit oder Teilzeit:

5. Geschwister

2. Schwangerschaftsverlauf

1. War es für Sie einfach schwanger zu werden?

2. Gab es besondere Ereignisse in der Schwangerschaft? (Hochzeit, Todesfall, Trennung, Unfälle, anstrengendes Arbeitsverhältnis etc.)

3. Haben Sie in der Schwangerschaft auf eine gesunde Lebensführung geachtet? (Bsp. gesunde Ernährung, kein Rauchen/Alkohol, Bewegung etc.)

4. Haben Sie Medikamente nehmen müssen? Wenn ja, welche?

5. Gab es organische Probleme in der Schwangerschaft?

6. Welche Besonderheiten hatte Ihre Schwangerschaft? Hatten Sie Bsp. vorzeitige Wehen, Übelkeit, Erbrechen, Operationen, Bluthochdruck, Diabetes, Erkrankungen etc.?

7. Ab wann waren regelmäßige Kindsbewegungen zu spüren?

8. Gab es eine bevorzugte Kindslage?

9. Wurde eine externe Wendung/ Drehung durchgeführt?

10. Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen einen Grund zur Verunsicherung/ Besorgnis?

11. Wie häufig wurden die Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und warum?

12. War der Eintritt ins Becken zeitgerecht?

13. Gab es Wirbelsäulenprobleme in der Schwangerschaft?



OsteopathieBirnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

3. Geburt/ Entbindung:

1. In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

2. War es eine normale Geburt?
3. War es eine Kaiserschnittgeburt (geplant/ ungeplant/ Notkaiserschnitt)?

4. Aus welcher Kindslage wurde Ihr Kind geboren? Welche Position hatte dabei die Mutter?

5. Nur für Zwillingenkinder:
Bei spontaner Entbindung: Wer wurde zuerst geboren?
Bei Kaiserschnitt: Wurde das untenliegende Kind zuerst geboren?

6. Gab es einen frühzeitigen Blasensprung? Wenn ja, wann?

7. Wurde die Geburt eingeleitet?

8. Hat sich der Muttermund gut geöffnet?

9. Wurden Medikamente (z.B. PDA, Antibiotika, Schmerzmittel, Wehenverstärker...) eingesetzt?

10. Wurde während der Entbindung ein Druck auf den Bauch (Kristeller Handgriff) ausgeübt?

11. Gab es Auffälligkeiten zum Fruchtwasser?

12. Kam eine Sauglocke oder eine Zange zur Anwendung?

13. Gab es Schnitte oder Risse im Damm- und Vaginalbereich?

14. Gab es eine Nabelschnurumwicklung?

15. Wie haben Sie die Geburt empfunden?

4. Nach der Geburt

1. Hatten Sie nach der Geburt sofort Kontakt mit Ihrem Kind?

2. Hat Ihr Kind nach der Geburt sofort geschrien? Wenn ja, war der erste Schrei kräftig oder zaghaft?

3. Musste Ihr Baby nach der Geburt medizinisch versorgt werden? Wenn ja, was wurde veranlasst?

4. Wie war die Schädelform?

5. Gab es eine Gesichtsasymmetrie?

4. Wann wurde Ihr Kind nach der Geburt abgenabelt? Sofort oder pulsierte die Nabelschnur aus?

5. Hatte Ihr Kind Schwellung/ Blutergüsse? Wenn ja, wo?

6. Gab es nach der Entbindung Anpassungsschwierigkeiten, wie z.B. Gelbsucht, Störungen in der Wärmeregulation, eine gestörte Blutzuckerregulation?

7. Wann haben Sie Ihr Kind das erste Mal gestillt? Gab es dabei Schwierigkeiten?



OsteopathieBirnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

8. Bitte übertragen Sie die Werte aus der U1/U3:

Größe:

Kopfumfang:

Nabelschnur-pH-Wert:

Gewicht:

APGAR:

U3: HG: rechts:

links:

9. Gab es besondere Hinweise vom Arzt oder von der Hebamme? Wenn ja, welche?

5. erstes Lebensjahr

1. Gab es Asymmetrien nach der Geburt? Wenn ja, wie lange und an welchem Körperteil haben diese bestanden?

2. Hat/ Hatte Ihr Kind eine bevorzugte Haltung des Kopfes/ Rumpfes beim Stillen und Schlafen?

3. Wie ist das Schlafverhalten? Gibt es bestimmte Rituale um gut einschlafen zu können? Schläft es selbstständig ein?

3. Schielt Ihr Kind (andauernd/ zeitweilig)?

4. Gab es Auffälligkeiten mit der Verdauung Ihres Kindes, wie z.B. Blähungen, Koliken?

5. Saugt und schluckt Ihr Kind normal?

6. Wie wird/ wurde Ihr Kind ernährt? Flasche oder gestillt?

7. Konnten Sie mit beiden Brüsten gut stillen?

8. Wurde die Flasche gut angenommen?



Osteopathie Birnstein
Ihre Praxis für Körper und Seele

9. Speit Ihr Kind? Wenn ja, wann und wie?
10. Kommen oft Schmatzgeräusche oder verschlucken vor?
- 11 Wann haben Sie mit der Gabe der Beikost begonnen? Hat die Umstellung gut geklappt?
12. Wann kamen die ersten Zähne? Welche waren die ersten?
13. Lutscht Ihr Kind am Daumen?
14. Hat Ihr Kind besondere Angewohnheiten (Schlagen, Kratzen etc.)?
15. Kam es zu einer regelmäßigen Zunahme des Schädelumfangs?
16. Wie haben Sie Ihr Kind im ersten Lebensjahr wahrgenommen – unruhig, angespannt, teilnahmslos?
17. Hat es viel geschrien?
18. Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt? Sind anschließend Komplikationen aufgetreten?
19. Verläuft das Wachstum normal?

Motorische Entwicklung

Konnten Sie zu den folgenden Fragen Auffälligkeiten beobachten, z.B. in der Bewegungsausführung, hat es eine Lieblingsseite?

1. Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Rückenlage in die Bauchlage gedreht?



Osteopathie Birnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

2. Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Bauchlage in die Rückenlage gedreht?
3. Ab wann hat Ihr Kind die Bauchlage zum Spielen benutzt?
4. Ab wann hat Ihr Kind den Unterarm- und Handstütz benutzt? Hat es dabei beidseitig gestützt?
5. Welche Seite wurde zuerst beim Drehen in Bauchlage mit und gegen den Uhrzeigersinn benutzt?
6. Ist Ihr Kind gerobbt? Ab welchen Lebensmonat?
7. Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ab welchen Lebensmonat?
8. Benutzt es beide Arme und Beine dabei gleichmäßig und harmonisch?
9. Wie verlief das Gehen lernen (seitliches Laufen, Laufen vorwärts an den Händen, freies Laufen ohne Hilfe)? Ab welchen Lebensmonat ging es?
10. Kann Ihr Kind den Ball fangen und werfen? Ab welchen Lebensmonat?
11. Gibt es Auffälligkeiten beim Rennen?
12. Klappt das Laufrad-/ Fahrradfahren?
17. Kann es Knöpfe gut öffnen und wieder schließen?
18. Wenn Ihr Kind ein Bild ausmalt, malt es das Bild gut innerhalb der Linien aus?
19. Bastelt Ihr Kind gerne?



20. Benutzt es Besteck zu den Mahlzeiten?

21. Kann es schon und gut schwimmen?

Sprachentwicklung

1. Wann hat Ihr Kind das erste Wort gesprochen?

2. Wie ist die Satzbildung Ihres Kindes? Verwendet es zwei, drei oder mehr Wörter beim Reden?

3. Spricht Ihr Kind grammatikalisch richtig, wie z.B. Beugung der Verben, Ich Form, dritte Person, Anordnung der Wörter, Mehrzahl etc.?

4. Lispelt oder nuschelt Ihr Kind beim Reden?

5. Sind sie mit dem Wortschatz Ihres Kindes zufrieden?

6. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

7. Wurden bereits Kieferbeschwerden beobachtet/ diagnostiziert? Werden diese behandelt?

Wahrnehmungsentwicklung

1. Hat Ihr Kind Freude an Bewegung? Sind die Bewegungen eher tapsig oder unförmig? Sind die Bewegungen der Situation angepasst, wie z.B. zu langsam oder zu schnell?

2. Mit welchem Spielzeug spielt Ihr Kind am liebsten? Verwendet es dabei lieber weiches oder festes Spielzeug?

3. Wenn Sie Ihr Kind rufen, schaut es dann zu Ihnen? Kann es Sie gut hören?



OsteopathieBirnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

4. Hat Ihr Kind ein gutes Zeitverständnis? Versteht es z.B. morgen, gestern, sofort, später?

5. Wie reagiert Ihr Kind in bestimmten Situationen überschießend oder unangepasst? Haben Sie feststellen können, was die Ursachen auf eine Reizüberflutung sein können, wie z.B. Licht, Lautstärke, Wasser, aufbrausende Reaktionen oder Ekel auf Gerüche?

6. Sitzt Ihr Kind krumm?

7. Hüpf, rutscht, klettert, springt Ihr Kind gern?

8. Stand/ lief Ihr Kind auf Zehenspitzen? Wenn ja, bis wann?

9. Wie lange kann sich Ihr Kind selber beschäftigen? Wie lange sitzt es still?

10. Bestehen Gleichgewichtsprobleme? Traut es sich nichts zu? Fällt es oft hin? Besteht Höhenangst oder Reiseübelkeit?

Sozialverhalten

1. Beschreiben Sie kurz den Charakter Ihres Kindes? Ist es beispielsweise immer in Aktion, entspannt, redet es viel?

2. Wie ist der Umgang mit den anderen Kindern? (ist es sehr schüchtern oder eher übergriffig? Wie ist die Frustrationstoleranz? Ist ihr Kind schnell wütend?)

3. Ab wann wurde Ihr Kind trocken? In dem Fall es kam zur Verzögerung, kennen Sie die Hintergründe?

4. Ab wann hat sich Ihr Kind allein:
Zähne (mit)geputzt:
an-und ausgezogen:

Schuhe angezogen:

5. Kann Ihr Kind Reihenfolgen von Aufgabenstellungen einhalten?

6. Hört Ihr Kind auf Ihre Anweisungen?

Systemanamnese

1. Hatte Ihr Kind bisher:

Starke Unfälle/ Knochenbrüche:

Kopfverletzungen:

Operationen:

Medikamente? Wenn ja, welche?

Antibiotikagabe? Wenn ja, wie oft?

Organische Beschwerden?

Erkrankungen im Bereich des Herzens oder des Atemtraktes (Bronchitis, Erkältung, Mittelohrentzündungen...)?

Hautprobleme:

Fieberkrämpfe:

Andere Erkrankungen:

2. Klagt Ihr Kind über regelmäßig auftretende Schmerzen, wie z.B. Kopf- und Gliederschmerzen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen?

Sind die Schmerzen immer wieder reproduzierbar bzw. situationsabhängig?

Wurden die Schmerzen bisher untersucht oder behandelt?

3. Bestehen oder bestanden Probleme beim Stuhlgang?

Gibt es oft Blähungen? Falls ja, wann treten diese auf?

Gibt es bestehende Unverträglichkeiten?



OsteopathieBirnstein
Ihre Praxis für Körper und Seele

Riecht der Stuhl auffällig?

Ist die Ernährung abwechslungsreich?

4. Benutzt Ihr Kind Einlagen in den Schuhen oder wurde ein orthopädischer Befund erstellt?

5. Gab es in der KITA oder in der Vorschuluntersuchung Auffälligkeiten?

6. Zwillingskinder: Welches Kind ist das kräftigere/ dominantere Kind? Fallen bestimmte Eigenschaften bei beiden Kindern auf?

Ich bedanke mich für Ihre Zuarbeit, Ihr Vertrauen und freue mich auf den bevorstehenden Termin!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Katja Birnstein.