

Naturheilpraxis Osteo-Harmonie

01848 Hohnstein, Rathausstraße 3 Tel.0172/2624637 info@osteo-harmonie.de

Inh. Manuela Protze

Fragebogen für Kleinkinder/ Kinder ab 1 Jahr bis 6 Jahre

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich wie möglich aus, was Sie nicht beantworten können, lassen sie offen. Bringen Sie bitte zum Erstgespräch Arztberichte, vorausgegangene Untersuchungen und Behandlungen und evtl. Laborbefunde mit. Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben Eltern/ Erziehungsberechtigte

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ ____ ____

Straße/ Nr. _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Bei Kind/

Wer ist erziehungsberechtigt? _____

Angaben aktuell zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ ____ ____

Alter: ____ J ____ Para

Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg BMI: _____ Entwicklung: _____

Schwangerschaft/ Verlauf: _____

Geburt/Fehlgeburten/ Komplikationen: _____

Informationen zur Schwangerschaft/ Geburt

- ° Zangengeburt
- ° Saugglockengeburt
- ° Kaiserschnitt
- ° Dammschnitt
- ° Nachlassen der Herztöne
- ° Nabelschnurumschlingung
- ° PDA
- ° wehenfördernde Mittel
- ° Mehrlingsgeburt

SSW: _____ Geb.gew. _____ g Länge: _____ cm KU: _____ cm

Klinik: _____ pH: _____ BE: _____ APGAR: _____

Hüften: _____ Hörtest: _____ Screening: _____

Lage des Kindes bei Geburt: _____

Wochenbett: _____

Hebamme/Nachsorge: _____

Haben Sie gestillt? ja nein

Schwierigkeiten beim Stillen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat ihr Kind nach Nahrungsaufnahme gespuckt? ja nein

sofort später ständig gelegentlich

Hat es eine bevorzugte Seite beim trinken oder liegen?

Hatte ihr Kind Blähungen/Koliken? ja nein

Ernährung/Trinkmenge?

Eltern/ Abusus Nikotin/ Alkohol/ Drogen? _____

Aktueller Gesundheitszustand/ Beschwerden/ Schmerzen/ Grund der Vorstellung?

Diagnostik: Sono – Röntgen – CT – MRT

Medikamente: _____

Impfstatus: _____

Kinderkrankheiten: _____

Allergien: _____

Infektionskrankheiten: _____

OPs/ Unfälle/ Stürze: _____

Zahnstatus: _____

Haltung, Lagerung, Koordination, Verhalten

Hat ihr Kind im Liegen eine schiefe Haltung? ° ja ° nein

Dreht es den Kopf bevorzugt in eine Richtung? ° ja ° nein

Wenn ja: ° nach links ° nach rechts

Bevorzugt ihr Kind eine bestimmte Körperseite? ° ja ° nein

Wenn ja, welche: _____

War das Kind als Baby sehr unruhig oder hat oft geweint? ° ja ° nein

Wenn ja zu welchen Zeiten? _____

Hat sich das Kind oft überstreckt? ° ja ° nein

Motorik

Robben ° ja ° nein Krabbeln ° ja ° nein

Sitzen ° ja ° nein Stehen ° ja ° nein

Laufen ° ja ° nein Wann? _____

Auffälligkeiten in der Grob- bzw. Feinmotorik?

Hüpfen/ Einbeinstand / Hampelmann möglich? _____

Hüftdysplasie: ° ja ° nein

Säuglingsskoliose: ° ja ° nein

Fußdeformierungen: ° ja ° nein

Besuch KITA / Schule Auffälligkeiten?

Hobbies/ Sport/ Musik: _____

Zeichen vermehrter Aktivität?

Konzentrationschwierigkeiten? _____

Sehstörungen? _____

Hörstörungen? _____

Verdauungsstörung? _____

Stuhlgang/ Wie oft? _____

Abdomen/ Bauchweh, wie oft? _____

Schlafen – Einschlafen / Durchschlafen: _____

Weitere persönliche Angaben

Familienanamnese/ Geschwister/ Eltern/ Großeltern: _____

Chronische/ Erkrankungen: _____

Sonstiges:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Hohnstein, den ____ . ____ . _____

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigte _____