

# Naturheilpraxis Osteo-Harmonie

01848 Hohnstein, Rathausstraße 3 Tel.0172/2624637 [info@osteo-harmonie.de](mailto:info@osteo-harmonie.de)

Inh. Manuela Protze

---

## Fragebogen für Säuglinge/ Kleinkinder bis 1Jahr

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informationen zur Schwangerschaft/ Geburt

Sind Sie auf natürlichem Weg schwanger geworden?      ° ja      ° nein

Geburt/Fehlgeburten/ Komplikationen:

---

---

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt | <input type="checkbox"/> Saugglockengeburt       | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt           |
| <input type="checkbox"/> Dammschnitt  | <input type="checkbox"/> Nachlassen der Herztöne | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| <input type="checkbox"/> PDA          | <input type="checkbox"/> wehenfördernde Mittel   | <input type="checkbox"/> 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

Eltern/ Abusus Nikotin/ Alkohol/ Drogen? \_\_\_\_\_

Aktueller Gesundheitszustand/ Beschwerden/ Schmerzen/ Grund der Vorstellung?

---

---

Diagnostik:      Sono –      Röntgen –      CT –      MRT

Medikamente auch in der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Impfstatus: \_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

OPs/ Unfälle/ Stürze: \_\_\_\_\_

Zahnstatus: \_\_\_\_\_

Augen: \_\_\_\_\_ Ohren: \_\_\_\_\_

Stuhlgang/ Wie oft? \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Schlafen – Einschlafen / Durchschlafen: \_\_\_\_\_

Ablegen: \_\_\_\_\_ Bauchlage: \_\_\_\_\_

Hüftdysplasie:  ja  nein

Säuglingsskoliose:  ja  nein

Fußdeformierungen:  ja  nein

**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	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Krabbeln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sitzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Stehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Laufen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann? _____		

Auffälligkeiten in der Grob- bzw. Feinmotorik?

---

---

**Weitere persönliche Angaben**

Familienanamnese/ Geschwister/ Eltern/ Großeltern: \_\_\_\_\_

---

Chronische/ Erkrankungen: \_\_\_\_\_

---

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Hohnstein, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_