

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER (BIS 18 JAHREN) OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder!

Wir sind ein Team von Osteopathen und freuen uns, Sie bald persönlich kennen zu lernen. Für weitere Informationen besuchen Sie bitte die Webseite: www.physiokreuzplatz.ch. Um Ihr Kind ganzheitlich behandeln zu können, benötigen wir Informationen über dessen Gesundheitszustand. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten. Falls Sie Fragen beim Ausfüllen des Formulars haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Drucken Sie das ausgefüllte Formular bitte aus und bringen es zum ersten Termin mit.

Bitte bringen Sie aktuelle Berichte, Röntgenbilder, MRI und Gesundheitsbüchlein zur ersten Behandlung mit.

Herzlichen Dank
Ihr Osteopathie Kreuzplatz-Team

PATIENTENINFORMATIONEN

Name des Kindes: _____

Geb. Datum: _____

Name, Vorname der Mutter: _____ Beruf: _____

Name, Vorname des Vaters: _____ Beruf: _____

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine osteopathische Behandlung?

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

1. ALLGEMEINE FRAGEN

Hat Ihr Kind Geschwister? Ja Nein

wenn ja, wie alt?

2. FRAGEN ZU DIESER SCHWANGERSCHAFT

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden irgendwelche Medikamente vor und während der

Schwangerschaft eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Alkohol, Zigaretten oder Drogen während oder vor

der Schwangerschaft konsumiert? Ja Nein

3. FRAGEN ZUR GEBURT

Erfolgte die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt? Ja Nein

Gab es verfrühte Wehen vor der Geburt? Ja Nein

Handelte es sich um eine Normalgeburt? Ja Nein

Wurden Schmerzmittel, PDA (Rückenmarksbetäubung),

Saugglocke oder Zange benötigt? Ja Nein

Wie waren die APGAR Werte?

Gewicht: Kopfumfang: Grösse:

Hat die Mutter Ihr Kind sofort nach der Geburt angelegt bekommen? Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen kräftigen ersten Schrei? Ja Nein

Hatte Ihr Kind Probleme zu atmen? Ja Nein

Brauchte Ihr Kind Sauerstoff? Ja Nein

Hatte Ihr Kind Probleme zu saugen? Ja Nein

Gab es sonstige Komplikationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

NEUGEBORENEN-PERIODE BIS ZUR ADOLESZENZ 1/4

1. FRAGEN ZUR NEUGEBORENEN-PERIODE

Gibt/gab es Probleme mit dem Stillen oder der Pflege? Ja Nein

Wird Ihr Kind derzeit gestillt? Ja Nein

Spuckt/e oder erbricht/erbrach Ihr Kind? Ja Nein

Gibt/gab es Koliken, Durchfälle, Verstopfungen Ja Nein

Anderes: _____

2. FRAGEN ZUM SÄUGLINGSALTER

Wann und wie lange schlief/schläft das Kind nachts?

Am Tag? _____

Überstreckt/e es den Körper nach hinten? Ja Nein

Gibt/gab es irgendwelche grösseren Probleme zu dieser Zeit? Ja Nein

Auf Seiten des Kindes, der Eltern usw. _____

Wenn ja, welche? _____

3. FRAGEN ZUR ENTWICKLUNG

Ab welchem Alter konnte das Kind sich im Liegen drehen? _____

Wann begann es zu krabbeln? _____

Wann konnte es allein gehen? _____

4. FRAGEN ZU UNFÄLLEN, STÜRZEN, VERLETZUNGEN

Erlitt Ihr Kind Unfälle, Stürze oder Verletzungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. FRAGEN ZU OPERATIONEN

Hatte das Kind Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

NEUGEBORENEN-PERIODE BIS ZUR ADOLESZENZ 2/4

6. FRAGEN ZU IMPFUNGEN

Wurde Ihr Kind geimpft?	Ja	Nein
-------------------------	----	------

Wurde es nach den Empfehlungen des BAG geimpft?	Ja	Nein
---	----	------

Kam es nach den Impfungen zu unangenehmen Reaktionen bei Ihrem Kind?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche?

7. FRAGEN ZU ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bestehen Allergien beim Kind?	Ja	Nein
-------------------------------	----	------

Wenn ja, welche?

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten beim Kind?	Ja	Nein
---	----	------

Wenn ja, welche?

8. FRAGEN ZU FAMILIÄREN DISPOSITIONEN

Gibt es familiär gehäuft auftretende Krankheiten (z.B. Rheuma)?	Ja	Nein
---	----	------

Wenn ja, welche?

9. FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Kopf und Zentrales Nervensystem

Leidet Ihr Kind unter:

Kopfschmerzen	Ja	Nein
---------------	----	------

Schreckhaftigkeit	Ja	Nein
-------------------	----	------

Unruhe	Ja	Nein
--------	----	------

Ticks (ständige Wiederholungen von Bewegungen)	Ja	Nein
--	----	------

Epileptischen Anfälle	Ja	Nein
-----------------------	----	------

Koordinationsstörungen der Sprache oder andere Sprachauffälligkeiten	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Probleme mit den Augen?	Ja	Nein
--------------------------------------	----	------

Wenn ja, welche?

NEUGEBORENEN-PERIODE BIS ZUR ADOLESZENZ 3/4

Hat Ihr Kind Probleme mit den Ohren? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Probleme mit der Nase? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Mund oder Rachen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

MAGEN-DARM-SYSTEM

Trinkt Ihr Kind eher wenig? Ja Nein

Isst Ihr Kind eher wenig? Ja Nein

Würden Sie die Verdauung Ihres Kindes als normal bezeichnen? Ja Nein

Sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

HERZ-LUNGEN-SYSTEM

Hat Ihr Kind Probleme mit den Lungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Herzen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

HAUT

Bestehen Probleme mit der Haut? Ja Nein

Wenn ja, welche?

UROGENITAL-SYSTEM

Ist Ihr Kind tagsüber trocken? Ja Nein

Ist Ihr Kind nachts trocken? Ja Nein

Hatte Ihr Kind Blasen-/Nierenbeckenentzündungen? Ja Nein

Frage an Mädchen: Besteht schon eine Monatsblutung? Ja Nein

Gibt es Unregelmässigkeiten oder Schmerzen bei der Menstruation? Ja Nein

Wenn ja, welche?

NEUGEBORENEN-PERIODE BIS ZUR ADOLESZENZ 4/4

MUSKEL-SKELETT-SYSTEM

Bestehen Probleme mit dem Bewegungsapparat? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Probleme beim Gehen, Laufen, Sitzen, Knien, Bücken? Ja Nein

Wenn ja, welche?

10. LERNEN

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? Ja Nein

Gibt es Probleme beim Schreiben Lesen Rechnen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kann sich Ihr Kind konzentrieren und mit etwas beschäftigen? Ja Nein

11. SOZIALE INTEGRATION

Kommt Ihr Kind mit anderen Menschen gut zurecht? Ja Nein

Kommt Ihr Kind mit der Mutter gut zurecht? Ja Nein

Kommt Ihr Kind mit dem Vater gut zurecht? Ja Nein

Kommt Ihr Kind mit den Geschwistern gut zurecht?

Gibt es noch etwas, das wir von Ihrem Kind wissen sollten?

Gibt es noch etwas, das Sie nicht in Anwesenheit des Kindes mit uns besprechen wollen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Ihre Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.