



„WIE DER AST GEBOGEN WIRD
SO WÄCHST DER BAUM.“

Dr. William Garner Sutherland

Kinder 0 - 12

Anamnese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Festnetz _____
Straße _____ Mobil _____
PLZ/Ort _____ Mail _____

Bestehen gesundheitliche Vorerkrankungen oder Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßige Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Gibt es bekannte Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen? Z.B. Asthma Ja Nein

Gibt es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? _____

Aktuelles Körpergewicht ca. _____ kg Aktuelle Körpergröße ca. _____ cm (Datum _____)

Gibt es bestimmte Diäten oder Ernährungsrichtlinien? _____

Mit wie viel Monaten konnte ihr Kind: krabbeln _____ / frei Gehen _____ / 2-Wort Sätze bilden _____ / war es trocken _____

Schildern sie Kurz den **Grund** für die osteopathische Behandlung:

Schwangerschaft und Geburt

Gab es **Besonderheiten** während der **Schwangerschaft**?

(z.B. Medikamenteneinnahme, Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Unfälle, Infekte (Mutter / Kind), besonderen Stress der Mutter, emotionale Krise der Mutter ...)

Wie war die **Geburt**? (Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, medikamentöse Einleitung, PDA, Kristeller, Schmerzmedikamente, sonstige Probleme)



„WIE DER AST GEBOGEN WIRD
SO WÄCHST DER BAUM.“

Dr. William Garner Sutherland

Kinder 0 - 12

Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

Welche **Erkrankungen** sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister des Kindes)
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten,
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple
Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche **Infektionskrankheiten** hat ihr Kind durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten,
Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.)

Gab es größere **Infekte**? z.B. Bronchitis, Nebenhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündung,
Mandelentzündung, Blasenentzündung (wie häufig?)

Gab es Reaktionen auf **Impfungen**? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit,
Verhaltensveränderungen, weitere?)

Wie **schläft** ihr Kind? (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen
im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen)

Welche **Einschlafhilfen** hat es (z.B. Tragen, Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen, Kontakt, etc.)
Schlafenzeiten (von – bis) ca. _____

Wie häufig hat ihr Kind **Stuhlgang** _____-_____x Tag oder _____-_____x Woche
Hat ihr Kind Probleme beim Stuhlgang? (z.B. Schmerzen, Angst, harter Stuhl, häufiger Durchfall,
Inkontinenz, etc.)

Gibt es Probleme mit der **Harnblase**? (z.B. häufige Harnwegsinfekte, auffällig häufiger Harndrang,
obwohl trocken einnässen bei Stress, in der Nacht, am Tage, auffälliges Trinkverhalten, etc.)

Augen Bindehautentzündung, Fehlbildungen, Schielen, dauerhaft trübende Augen, etc.

Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, welche Stärke re. _____ li. _____

Zähnen Zahnsperre, auffällig starke Schmerzen beim Zahnen, Zusätzliche Zähne, Fehlende
Zahnanlagen, viel Karies, Wurzelentzündungen, etc.)

Gibt es Probleme an den **Organen**? (z.B. Fehlbildungen, Herzfehler, Funktionsprobleme?)

Welche genau?

Möchten sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?