

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient

Um Ihr Kind ganzheitlich behandeln zu können und das Anamnesegespräch bestmöglichst vorzubereiten, benötigen wir grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand ihres Kindes. Bitte beantworten Sie in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie das Dokument zu Ihrer Konsultation in unserer Praxis mit.

Oder machen Sie einen Scan und mailen es uns an die oben angegebene E-Mail-Adresse zurück

Herzlichen Dank
Ihr Therapeuten Team

Angaben zum Kind

Heutiges Datum _____

Name _____

Geschlecht M W

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Alter _____

Geburtsgewicht _____

Geburtsgrösse _____

Aktuelles Gewicht _____

Aktuelle Grösse _____

Sorgerecht Mutter Vater Beide sind sorgeberechtigt

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung(en) _____

Hausarzt (Name & Adresse) _____

Angaben Eltern / Erziehungsberechtigten

Heutiges Datum _____

Mutter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. P _____ Tel. G _____ Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Vater (Adresse nur falls abweichend)

Name _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ _____ Ort _____
Tel. P _____ Tel. G _____ Mobiltelefon _____
E-Mail _____

Überweisung / Vorstellung

Wer hat Sie empfohlen: _____

Hauptanliegen/Behandlungsgrund: _____

Schwangerschaft

Dauer der Schwangerschaft (Anzahl ... SSW): _____

Verlauf der Schwangerschaft: unauffällig auffällig

Besonderheiten / Beschwerden:

Übelkeit Rückenschmerzen Stress Infekte

Andere: _____

Medikamente während der Schwangerschaft: _____

Komplikationen: Nein Ja, welche: _____

Geburt

Geburtsort _____

Geburtsart Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange Eingeleitet

Geburtsdauer _____

Lage des Kindes Schädellage Beckenlage Querlage

APGAR-Werte (falls bekannt): _____

Auffälligkeiten / Komplikationen bei der Geburt: _____

Zeit nach der Geburt

Auffälligkeiten direkt nach der Geburt:

Trinkgeschwindigkeiten Anpassungsschwierigkeiten Atemprobleme Gelbsucht

Krankenhaus- / Intensivaufenthalt: Nein Ja, Dauer: _____

Ernährung

Ernährung: Stillen Flasche Beikost

Stillprobleme: Nein Ja, Welche: _____

Saugverhalten: unauffällig schwach sehr stark

Spucken / Reflux: Nein Ja

Unverträglichkeiten / Allergien: _____

Schlafverhalten

Schlafdauer pro Tag: _____

Schlafposition bevorzugt: Rücken Bauch Seite (links / rechts)

Schlafprobleme: Nein Ja, Welche: _____

Motorische Entwicklung

- Bewegungsverhalten: Nein auffällig: _____
- Bevorzugte Kopfposition: Links Rechts keine
- Drehen: Ja Nein
- Bauchlage wird toleriert: Ja Nein

Verdauung

- Stuhlgang: Regelmässig Unregelmässig
- Farbe / Konsistenz: Nein Ja
- Blähungen / Bauchschmerzen: Nein Ja

Medizinische Vorgeschichte

- Diagnosen: _____
- Operationen: Nein Ja, welche? _____
- Medikamente: _____
- Impfungen: Altersgerecht teilweise keine

Familiäre Besonderheiten

Erkrankungen in der Familie (z.B. orthopädisch, neurologisch):

Osteopathische Behandlung

- Wurde bereits osteopathisch behandelt: Nein Ja, welche?
- Reaktionen auf frühere Behandlungen: _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind osteopathisch untersucht und behandelt wird. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die osteopathische Behandlung eine ergänzende Therapie darstellt und keinen Ersatz für eine ärztliche Behandlung bietet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____

Notizen der Therapeutin / des Therapeuten
