



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

Dr. William Garner Sutherland

## 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?