

Fragebogen für Kinder

**Bitte machen Sie auch bei älteren Kindern alle Angaben so gut wie möglich!
Bitte bringen Sie das Gelbe Heft, den Impfpass, sowie vorhandene Befunde (Briefe, Labor, Röntgen,..) zum nächsten Termin mit.**

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefonnr: _____

Frühere osteopathische Behandlungen: Ja/ Nein

Wenn ja, wann? _____

Was ist der Grund Ihres Kommens?

Allgemein:

Das wievielte Kind ist es? _____

Die wievielte Schwangerschaft ist es? _____

geplant ungeplant

Wurde hormonell verhütet?

ja nein

Geburt:

Wie war der Geburtsbeginn (Wehen, Blasensprung)? _____

War die Geburt spontan oder per Kaiserschnitt? _____

Gab es eine PDA? ja nein

Gab es wehenfördernde Mittel? ja nein

Kam es zu Geburtsverletzungen? ja nein

Kam es zu Unterbrechungen des Geburtsvorgangs? ja nein

Dauer der Eröffnungsphase _____

Dauer der Austreibungsphase _____

Wurden Hilfsmittel verwendet (Glocke, Zange)? ja nein

Grünes Fruchtwasser? ja nein

Geburtsgewicht: _____ g **Länge:** _____ cm **APGAR** __ / __ / __

Schwangerschaft:

Dauer der Schwangerschaft _____SSW

Alter der Mutter bei Geburt _____Jahre

Mehrlingsschwangerschaft? ja nein

Querlage / Steißlage (Wendung?) ja nein

Gab (Gibt) es mütterliche Vorerkrankungen: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Gifte während der Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche (Alkohol, Drogen, Zigaretten) _____

Fühlten Sie sich während der Schwangerschaft wohl? ja nein

Wenn nein, was waren die Gründe: _____

Gab es Stress? ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Neugeborenenzeit:

War Ihr Kind nach der Geburt gesund?

ja nein

Wenn nicht, was war das Problem? _____

Wie war der Moment nach der Geburt? _____

Gab es Probleme beim Anlegen, Saugen oder Schlucken?

ja nein

Ist (war) Ihr Kind voll gestillt?

ja nein

Wenn nicht, welche Nahrung bekommt es? _____

Gab es eine behandlungsbedürftige Gelbsucht?

ja nein

Gab es ein Geburtsgeschwulst oder Hämatome?

ja nein

Säuglingszeit:

Gibt es Stillprobleme?

ja nein

Ich stille nicht / habe nicht gestillt

ja nein

Mein Kind trinkt an einer Seite besser

ja nein

Mein Kind schnalzt beim Trinken

ja nein

Mein Kind trinkt sehr langsam

ja nein

Mein Kind hat nur selten Stuhlgang wie oft? _____

ja nein

Unreife Hüfte

ja nein

Fußfehlstellung

ja nein

Mein Kind liegt in einem Bogen wie ein C

ja nein

Mein Kind überstreckt sich

ja nein

Mein Kind hält den Kopf schief	ja	nein
Mein Kind hat Haarabrieb am Hinterkopf	ja	nein
Mein Kind hat einen platten/schiefen Hinterkopf	ja	nein
Mein Kind mag nicht auf dem Bauch liegen	ja	nein
Mein Kind schreit in Rückenlage	ja	nein
Mein Kind dreht den Kopf nur zu einer Seite	ja	nein
Mein Kind spuckt nach jeder Mahlzeit	ja	nein
Mein Kind hat „Drei-Monats-Koliken“	ja	nein
Mein Kind quält sich mit Blähungen	ja	nein
Mein Kind stöhnt viel	ja	nein
Mein Kind ist sehr unruhig und schreit viel	ja	nein
Mein Kind lässt sich nur schwer beruhigen	ja	nein

Entwicklung:

Mein Kind konnte sich umdrehen mit _____ Monaten

Mein Kind konnte allein sitzen mit _____ Monaten

Mein Kind konnte krabbeln mit _____ Monaten

Mein Kind konnte sich hochziehen an Möbeln mit _____ Monaten

Mein Kind konnte frei laufen mit _____ Monaten

Mein Kind konnte die ersten Worte sprechen mit _____ Monaten

Schlaf:

Mein Kind schläft regelmäßig	Im eigenen Bett	Im Elternbett
Mein Kind schläft nachts gut		ja nein

Mein Kind schläft tagsüber gut

ja nein

Mein Kind schläft tagsüber regelmäßig _____ Stunden

Nachtschlaf ist von _____ Uhr bis _____ Uhr

Mein Kind wird _____ mal nachts wach.

Mein Kind hat Schwierigkeiten beim Einschlafen

ja nein

Verdauung:

Der Stuhlgang ist _____ täglich jeden 2.-3. Tag unregelmäßig

Neigung zu Durchfall oder Verstopfung:

ja nein

Der Stuhl ist hell dunkel hart knollig weich schleimig

Impfungen:

Mein Kind ist geimpft: Nach StIKo Empfehlung alternativ nein

Unfälle/ Verletzungen/ Operationen:

Gibt es frühere Unfälle?	ja	nein
Welche: _____		
Gibt es bleibende Verletzungen?	ja	nein
Welche: _____		
Hatte Ihr Kind schon mal eine Operation?	ja	nein
Wenn ja, welche? _____		

Frühere Erkrankungen:

Hat (Hatte) Ihr Kind häufige Infekte?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wie wurden diese behandelt? _____

Welche sonstigen Erkrankungen hat oder hatte Ihr Kind? _____

Medikamente:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente nehmen?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Allergien:

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Die Abrechnung erfolgt analog der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) lt. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Osteopathische Medizin (DGOM) e.V. Ggf. können weitere Ziffern der GOÄ für pädiatrische Leistungen hinzu kommen.

Bei Zahlung auf Rechnung erfolgt die Abwicklung über die ärztliche Verrechnungsstelle PVS (gesondertes Einverständnis).

Ihnen ist bewusst, dass eine eventuelle Differenz der Leistung ihrer Versicherung und meinem Honorar von ihnen selbst zu tragen ist.

Wenn Sie verhindert sind, sagen Sie Termine bitte bis 24 Stunden vorher ab, andernfalls entsteht Ihnen eine Ausfallgebühr von 50,-€.

Mit der Vereinbarung eines Termins, einer durchgeführten Behandlung und Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Konditionen an.

Hamburg, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter