

A n a m n e s e b o g e n

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

1. Beschreiben Sie in Stichworten die Beschwerden/Probleme, die Anlass für die osteopathische Behandlung des Kindes sind:

2. Frühere Gesundheitsstörungen (z.B. Gelbsucht n.d. Geburt, Schiefhals; Koliken, breit gewickelt, häufige Infekte ...)

3. Hatten Sie (Mutter) **vor** der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme (insbes. Rückenschmerzen, Krankheiten, Unfälle o.ä.)?

4. Hatten Sie (Mutter) **während** der Schwangerschaft Probleme (Medikamente, bes. Vorkommnisse, Rückenschmerzen, Krankheiten, Übelkeit, vorzeitige Wehen, Unfälle)?

5. Ihr wieviertes Kind ist es? _____

6. Geburtsgewicht: _____g Geburtsgröße: _____cm Entbindungswoche: _____

7. Entbindung (Dauer, Hilfsmittel wie Zange o. Saugglocke, Kaiserschnitt)?

8. Wie sah Ihr Kind aus als Sie es das 1. Mal sahen: Hautfarbe, war d. Kopf besonders geformt, hatte es einen Storchenbiss oder Schwellung?

9. Hat Ihr Kind gleich kräftig gesaugt, konnten Sie es stillen? Wie lange haben Sie gestillt?

10. Hat Ihr Kind als Baby öfter gespuckt oder viel geschrien?

11. Lag das Kind nach der Geburt oft zu einer Seite gedreht oder konnte es den Kopf nur zu einer Seite drehen?

12. Wie waren die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes von Geburt an, ab wann schlief es durch?

13. Gibt es noch etwas wichtiges, waren Sie bereits bei einem anderen Therapeuten, war bei den Untersuchungen alles in Ordnung?

14. Kennen Sie Osteopathie? Was stellen Sie sich darunter vor? Was erwarten Sie sich davon?
