

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder und Babies

Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte/r

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus. Auch Angaben von Ereignissen, die schon länger zurückliegen, können wichtig sein. Bringen Sie den Anamnesebogen bitte zur **ersten Behandlung** mit. Auch Röntgenbilder oder andere ärztliche Befunde, die jünger als 3 Jahre sind, können Sie gerne mitbringen. Alle eingereichten Informationen unterliegen absolut der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:

Vorname:

Datum:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil Telefon:

E-Mail:

Versicherung (bitte einkreisen): Grundversicherung/Zusatzversicherung/Privat

Geburtsdatum:

Familiensituation:

Ausbildung:

Beruf:

Name des/der Kindes/Kinder/Geburtsdatum:

Kinderarzt (Adresse/Telefon Nr.)

Hobbies/sportliche Aktivitäten/was bereitet Ihrem Kind/Baby Freude:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder und Babies

Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

Anamnese Fragebogen für: _____, geboren am: _____

Das Anamnesegespräch soll alle wichtigen Punkte umfassen. Der Fragebogen hilft dabei, die Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt vorzunehmen. Sollten Sie Fragen spontan nicht beantworten können oder wollen, können wir sehr gerne beim ersten Termin persönlich darüber sprechen. Falls Ihr Kind ein Vorsorge- bzw. Untersuchungsheft besitzt, bringen Sie dieses bitte zum 1. Behandlungstermin mit. Vielen Dank.

1. Bitte beschreiben Sie hier kurz in eigenen Worten Ihr Anliegen. Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zur Behandlung?

2. Angaben zur Familie:

Sind in Ihrer Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt? Falls ja, bei wem? ja nein

Gibt es Beckenschiefstand, Skoliose oder sonstige Erkrankungen? Bei wem? ja nein

Wurden bereits Geschwister in der Praxis vorgestellt? Falls ja, wer? ja nein

3. Schwangerschaft/Schwangerschaften

Gab es Probleme während der Schwangerschaft? Falls ja, welche? ja nein

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

Wie alt waren Sie, als das Kind zur Welt kam? _____ Jahre

Wie lange dauerte die Schwangerschaft? _____ Wochen

Geburtsgewicht des Babies: _____ Gramm; Körpergröße/Länge: _____ cm

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder und Babies

Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

4. Die Geburt war:

spontan/eingeleitet? _____

natürlich/Kaiserschnitt/Saugglocke? _____

Welche Lage hatte das Kind (Schädellage/Beckenendlage)? _____

Wie lange dauerte die Geburt? _____ Stunden

Wie lange dauerten die Presswehen? _____ Stunden

Wurden Medikamente verabreicht? Falls ja, welche? (PDA, Wehenunterstützung, Antibiotika) ja nein

Wurden Hilfsmittel verwendet? Falls ja, welche (Zange/Saugglocke)? ja nein

Kam es zu Geburtsverletzungen? ja nein

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? ja nein

War die Nabelschnur verschlungen? Falls ja, wie bzw. wo? ja nein

6. Nach der Geburt:

Hat das Kind sofort geweint? ja nein

Wurde das Kind angelegt? Hat es dann sofort gesaugt? _____ ja nein

Kam das Kind im Krankenhaus auf die Welt? ja nein

Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt? _____ Tage

Bekam das Kind blaues Licht? Falls ja, wie lange? _____ Tage ja nein

Kam es zu Ikterus, Billy-Werte, Gelbsucht? (bitte einkreisen) ja nein

Gab es sonstige Komplikationen? Und wenn ja, welche? ja nein

Wurden Medikamente gegeben? Falls ja, wem (Mutter/Kind), welche/in welcher Dosis? ja nein

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder und Babies

Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

7. Auffälligkeiten:

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten? Welche, wann, wie lange? ja nein

Kommt das Bäuerchen schwer? ja nein

Haben Sie ein Speikind? Und wenn ja, wann passiert dies? ja nein

Gibt es abendliche Unruhe? Und wenn ja, wie lange? ja nein

Kommt es zu stundenlangem, unstillbarem Schreien bei Ihrem Baby? Falls ja, wann? ja nein

8. Gibt/gab es Asymmetrie, Fehlhaltungen:

Sofort nach der Geburt? ja nein

Erst später entwickelt? ja nein

Wir wurden durch einen Arzt, Hebamme, Physiotherapeut aufmerksam gemacht auf: ja nein

Das Köpfchen ist abgeflacht, und zwar (wo): ja nein

Gibt es eine Rumpfschiefstellung? Wo? (rechts- bzw. linksgeneigt, überstreckt) ja nein

Schaut(e) das Baby nur nach rechts/nur nach links? ja nein

Dreht(e) es sich nur nach rechts/links? ja nein

Bewegt das Baby beide Arme gleich? ja nein

Hat das Baby die Hände gefaustet? ja nein

Werden beide Beine gleich bewegt? ja nein

9. Gibt es sonstige Erkrankungen? Z.B. Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte)

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder und Babies

Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

10. Bisherige Behandlungen/Therapien/Methoden?

11. Welche Erwartungen und Ziele haben Sie für die Behandlung?

12. Habe ich irgendetwas vergessen zu fragen oder gibt es sonst noch etwas, das Sie mir gerne mitteilen würden?

Vielen Dank für Ihre Antworten.

