

# Praxis für Osteopathie Bettina Neidhardt

## Fragebogen für Kinder

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben mit in die Praxis. So bleibt uns mehr Zeit für die Behandlung. Vielen Dank.

Name der Mutter / des Vaters: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? \_\_\_\_\_

War ihr Kind schon einmal in osteopathischer Behandlung? Wann? \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei Beispielen reicht es, zu unterstreichen. Sollten Sie Fragen haben, machen Sie sich bitte Notizen am Rand, dann können wir diese besprechen.

### **Schwangerschaft:**

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft, z.B. Stress, frühzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt, vermehrte Übelkeit und Spucken, Infektionen, Medikamente?

Die wievielte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Dauer der Schwangerschaft \_\_\_\_\_ SSW

Alter der Mutter bei der Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Mehrlingsschwangerschaft? Ja / Nein

Querlage / Steißlage

Gab es eine äußere Wendung? Welche SSW? \_\_\_\_\_

### **Geburt:**

Ich habe spontan / mit Kaiserschnitt / Saugglocke entbunden.

Gab es wehenfördernde Mittel? Ja / Nein

Gab es eine PDA? Ja / Nein

Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja / Nein

Dauer der Eröffnungsphase \_\_\_\_\_ Std.

Dauer der Austreibungsphase \_\_\_\_\_ Std.

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm

**Die ersten Tage nach der Geburt:**

Wie war das Wohlbefinden des Babys?

Die medizinische Versorgung? / Gab es Hämatome? / Gelbsucht?

---

Wie war das Wohlbefinden der Mutter?

---

**Auffälligkeiten des Säuglings:** (bitte auch beantworten wenn Ihr Kind schon älter ist und diese Auffälligkeiten früher auftraten)

Unreife Hüfte	re / li
Fußfehlstellung	re / li
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	
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	re / li
Gibt es / gab 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 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

**Schlafrythmus:**

Mein Kind schläft nachts gut	Ja / Nein
Mein Kind schläft tagsüber gut	Ja / Nein
Mein Kind schläft tagsüber regelmäßig	Ja / Nein
Mein Kind geht zu Bett um _____ und wacht _____ mal in der Nacht auf.	

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung/Behinderung? Ja / Nein  
Welche?

---

Hatte Ihr Kind eine Operation? Ja / Nein  
Welche und in welchem Alter?

---

Ist Ihr Kind geimpft? Ja / Nein

Häufige Infekte?

Husten Ja / Nein

Schnupfen Ja / Nein

Bronchitis Ja / Nein

Mittelohrentzündung Ja / Nein

Mandelentzündung Ja / Nein

Gibt es Allergien? Ja / Nein Welche? \_\_\_\_\_

Stuhlgang:

täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Durchfall oder Verstopfung

Der Stuhl ist: hell, dunkel, hart, knollig, weich

Bezogen auf das ältere Kind: Wie ist der Schlaf?

- häufiges Erwachen

- Schwierigkeiten beim Einschlafen

- Zähneknirschen

- die Schlafzeiten sind von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

In welchem Alter konnte Ihr Kind krabbeln \_\_\_\_\_ Monate

laufen \_\_\_\_\_ Monate

sprechen \_\_\_\_\_ Monate

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT...) zum nächsten Termin mit.

Es gelten die Honorare auf [bneidhardt.com](http://bneidhardt.com), unabhängig von Ihrer Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe). Eventuelle Differenzen zwischen der Leistung Ihrer Versicherung und meinem Honorar sind von Ihnen selbst zu tragen.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei Nichterscheinen oder Zuspätkommen in voller Höhe berechnet wird, da der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Mit der Vereinbarung eines Termins erkennen Sie diese Konditionen an.

Hamburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift