



HEILPRAKTIKERPRAXIS
CHINESISCHE MEDIZIN | OSTEOPATHIE | PHYSIOTHERAPIE

Patientenfragebogen – Säugling / Kind

Damit ich Ihr Kind optimal behandeln kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

Fragen zum Kind / den Erziehungsberechtigten

Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsgröße: _____ cm Geburtsgewicht: _____ kg Geschlecht: weiblich männlich

Entbindung in der _____ Woche Apgar-Wert: _____

Behandelnder Arzt: _____

Erziehungsberechtigter:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Stadt: _____

Tel./Mobil: _____ Email: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches bei mir zur Behandlung?

Fragen zur Familie

1. Gibt es besondere familiäre Erkrankungen (Diabetes, etc.)? Ja Nein
Wenn ja – bitte beschreiben Sie genauer

2. War / Ist ein Familienmitglied schon bei mir in Behandlung? Ja Nein
-wenn ja, wer:

Schwangerschaft

1. Alter der Mutter bei der Geburt: _____

2. Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI): _____
3. Erkrankung während der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche?

4. Haben Sie Medikamente während der Schwangerschaft genommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

5. Gab es in der Schwangerschaft extreme Stresssituationen / psychoemotionale Belastungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Geburt

6. Spontangeburt? Ja Nein
Wenn nein,
Eingeleitet? Ja Nein
Mit welchem Mittel (Infusion, Scheidenzäpfchen)? _____
Kaiserschnitt? Ja Nein
Geplant oder sekundär wegen Geburtsstillstand? _____

7. Lage des Kindes (Schädellage, Beckenendlage, Sternengucker,...)? _____

8. Dauer der Geburt ab Muttermundöffnung: _____

9. Anzahl Presswehen (ca.): _____

10. PDA / Spinalanästhesie? Ja Nein

11. Wurden Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke) ? Ja Nein

Wenn ja, welche?

12. Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? Ja Nein

13. Sonstige Komplikationen? _____

Nach der Geburt

14. Hat Ihr Kind sofort geschrien? Ja Nein

15. Wurde ihr Kind sofort angelegt und hat gesaugt? Ja Nein

16. Dauer Krankenhausaufenthalt: _____

17. Lag ihr Kind im Wärmebettchen, Brutkasten, Intensivstation? Ja Nein

Wenn ja, warum?

18. Hat ihr Kind Medikamente bekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche und warum?

Auffälligkeiten

19. Gibt es Stillschwierigkeiten? Ja Nein

20. Kommt das Bäuerchen schwer? Ja Nein

21. Kommt der Stuhlgang schlecht? Ja Nein

22. Handelt es sich um ein Speikind? Ja Nein

23. Gibt es eine Abendliche Unruhe? Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

24. Schreit ihr Kind und lässt sich nicht beruhigen? Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

25. Wie lange schläft ihr Kind- auf 24h gesehen? _____

Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

26. Direkt nach der Geburt Asymmetrien erkennbar? Ja Nein

27. Erst später sichtbar? Ja Nein

28. Ist das Köpfchen abgeflacht? Ja Nein

29. Überstreckt sich das Kind / macht es sich steif? Ja Nein

30. Wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt? Ja Nein

31. Schaut das Baby gerne nach links oder rechts? Ja Nein

32. Bevorzugt das Baby eine Brustseite? Ja Nein

33. Dreht sich das Baby nur nach links oder rechts? Ja Nein

34. Bewegt das Baby beide Arme gleich? Ja Nein

35. Wie schläft ihr Kind (Rückenlage, Seitenlage, Bauchlage)? _____

36. Sonstige Erkrankungen /Auffälligkeiten? _____

37. Was sind Ihre Ziele der Behandlung und was erwarten Sie von der Behandlung bei mir?

38. Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Empfehlung von: _____

Google Jameda andere Portale _____

39. Bemerkungen: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter