

Fragebogen Osteopathie

Patient/in
Herr / Frau / Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	PLZ / Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Kinderarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Körpergröße	Körpergewicht

Abrechnung

Krankenversicherung

- Abrechnung nach Heilpraktiker-Gebührenverordnung
 Abrechnung auf ärztliche Verordnung

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Anamnese zur Schwangerschaft

Geburtsjahr der Mutter:

Ernste Erkrankungen währenddessen?

Übelkeit / Erbrechen / Beschwerden währenddessen? Ja Nein

Besonderen psychischen Stress? Ja Nein

Schwangerschaften mit dieser:

Geburten mit dieser:

Vorzeitige Wehen oder stationäre Aufnahme vor Geburt? Ja Nein

Bekamen Sie Wehenhemmende / -fördernde Medikamente? Ja Nein

Bekamen Sie eine PDA? Ja Nein

Anamnese zur Geburt

Klinik: Hebamme:

Vollendete SS-Woche: Geburtsdauer:

Geburtsmodus: Spontan Prim. Sectio Sek. Sectio Vaginale OP

Kindeslage:

Komplikationen:

Zustand des Kindes nach Geburt:

Zustand der Mutter nach Geburt:

Auffallende Fehlbildungen:

Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiterbehandelt werden? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Körpergewicht: Körperlage:
(nach Geburt)

APGAR-Wert: Nabelblut-pH:

Ernährung

Wird/Wurde Ihr Kind gestillt? Ja (bis zur Woche) Nein

Derzeitige Ernährung:

Anpassungsschwierigkeiten

Hat Ihr Kind häufig ein Teil der Nahrung erbrochen? Ja Nein

Hatte es die sogenannten Drei-Monats-Kolliken? Ja Nein

Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? Ja Nein

Hat oder hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? Ja Nein

Wie lange schläft es an einem Stück?

Gesundheit des Kindes

War / ist die Hüftsonographie auffällig? Ja Nein

War / ist das Hörscreening auffällig? Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall /eine OP? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten/Infektionen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat/hatte Ihr Kind Blasen- oder Nierenerkrankungen? Ja Nein

Hatte Ihr Kind mehr als 5 Atemweg-Infektionen im Jahr? Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen Pseudokrapp-Anfall? Ja Nein

Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe? Ja Nein

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen?

Gab es Impfreaktionen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie schwere oder chronische Erkrankungen z.B.

Asthma, Diabetes, Rheuma, MS, Krebs? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden andere Therapien gemacht (Physio-, Ergotherapie,...)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind:

sich drehen

robben

krabbeln

sitzen

laufen

Treppensteigen

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind:

Datum

Unterschrift