

Liebe Eltern,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragenbogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann. Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, evtl. Therapieberichte etc. vorab per E-Mail zu oder bringen Sie die Unterlagen zum ersten Behandlungstermin mit!

Allgemeine Angaben (Kind)

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Geburtsdatum:			
Hausarzt/ Kinder- und Jugendarzt:			
Körpergröße:		Körpergewicht:	
Besuchsgrund:			
Bisher durchgeführte Therapien/Maßnahmen:			

Allgemeine Angaben (gesetzliche(r) Vertreter)

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	

Schwangerschaftsverlauf

Gab es Besonderheiten/Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z.B. Blutungen, Medikamenteneinnahme, externe Wendung, Muttermundöffnung, Wehenhemmer, Diabetes, Eingriffe, Stress, Unfälle, Infekte)

War es für Sie einfach schwanger zu werden?

Ja

☐

Nein

☐

Haben Sie in der Schwangerschaft die Möglichkeit auf eine gesunde Lebensführung? (Bsp. gesunde Ernährung, kein Rauchen/Alkohol, Bewegung etc.)

Ja

☐

Nein

☐

Art der Schwangerschaft (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

Spontanschwangerschaft

☐

In-Vitro-Fertilisation (IVF)

☐

Mehrlingsschwangerschaft

☐

Sonstiges (z.B. Hormone, Insemination)

☐

Kinderwunschbehandlung

☐

Wie viele Schwangerschaften/Geburten hatten Sie? (Anzahl, Jahr)

Geburt

Spontangeburt

☐

Geburt wurde eingeleitet

☐

In welcher SSW?:

Geburtsgewicht:

Größe:

Apgar:

Kopfumfang:

Haben Sie gestillt? (wenn ja, wie lange)

Ja

☐

Nein

☐

Ablauf der Geburt (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

Frühzeitiger Blasensprung ☐

Einrisse Damm/Vaginalbereich ☐

Nabelschnurumwicklung ☐

Kaiserschnitt ☐

PDA/Spinalanästhesie ☐

Einsatz einer Saugglocke/Zange/
Kristeller-Handgriff ☐

Lage des Kindes:

Gab es während der Geburt Komplikationen? (wenn ja, welche)

Ja ☐ Nein ☐

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? (z.B. Hämatome, medizinische Versorgung Baby)

Ja ☐ Nein ☐

Welche Angaben treffen bei ihrem Baby zu? (bitte ankreuzen)

Schulterluxation ☐

Still-/Trink-/Schluckstörungen ☐

Hüftdysplasie ☐

Schiefhaltung/Asymmetrie Körper/Kopf ☐

Gelbsucht ☐

Häufiges Schreien/schwieriges Ablegen ☐

Schielen ☐

Schwieriges Schlafverhalten ☐

Tränenkanalverschluss ☐

Koliken/Verdauungsstörungen ☐

Gab es motorische Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Drehung Rückenlage-Bauchlage, Robben, Krabbeln, Arme/Beine symmetrische benutzen)

Ja ☐ Nein ☐

Wurde/wird ihr Kind gestillt? (wenn ja, wie funktioniert es? Trinken beide Brüste, Milch ausspucken, wenn nein, wie funktioniert Flaschengabe? Annahme, Verträglichkeit)

Ja ☐ Nein ☐

**Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen?
(wenn ja, welche?)**

Ja

☐

Nein

☐

**Wurde/wird Ihr Kind geimpft nach STIKO? (wenn ja, welche
Impfungen und wann)**

Ja

☐

Nein

☐

**Hat Ihr Kind bereits Infektionen/Krankheiten durchgemacht?
(z.B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Erkäl-
tungen usw., wenn ja, in welchem Alter)**

**Musste Ihr Baby Medikamente nehmen/gab es OPs?
(z.B. Antibiotika, Fieberzäpfchen, Paracetamol, Ibuprofen, usw.)**

**Gib es sonstige Auffälligkeiten? (wenn ja, welche? Probleme
Hören/Sehen/mit Reizüberflutung, Sprachprobleme, etwas
was bisher nicht gefragt wurde?)**

Ja

☐

Nein

☐

**Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?
(z.B. Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten,
Depression, Neurodermitis usw.)**

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Geschwister:

ESENCIAL

Befindet sich Ihr Kind aktuell in Therapie? (wenn ja, welche und seit wann)

Ja

☐

Nein

☐

Ergänzungen

Vielen Dank für Ihre Zeit und ich freue mich auf die Behandlung!

Ort:

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigter: