



osteopathiepraxis hermann
ulrike hermann
heilpraktikerin und osteopathin (B.sc, D.O. OSD)

PATIENTENFRAGEBOGEN (Kinder)

Lieber Patient, erläutern Sie bitte stichpunktartig, unterstreichen Zutreffendes oder streichen Unzutreffendes. Bei Unklarheiten lassen Sie die Antwort offen.

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

Wo hat Ihr Kind Beschwerden/Schmerzen? Wie äußern sich diese? Seit wann bestehen sie? Durch was könnten sie ausgelöst worden sein? Was wurde bisher unternommen?

Sind Vorerkrankungen bei Ihrem Kind bekannt?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja: _____ nein

Hatte Ihr Kind: Unfälle, Stürze, Frakturen, Traumen, Operationen?

ja: _____ nein

Hat Ihr Kind Allergien: ja: _____ nein

Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten: ja: _____ nein

Ich bezeichne die Ernährung meines Kindes als: vollwertig mäßig gesund

Hat Ihr Kind eine/mehrere der folgenden Beschwerden (bitte unterstreichen):

Kopfschmerz, Schwindel, Seh-, Hör-, Riech-, Schmeck-, Schluckschwierigkeiten, Kloßgefühl, Zahnschmerzen, Knirschen, Atemprobleme, Verdauungsbeschwerden, Hautprobleme, Schlafstörung, Gereiztheit, Unruhe, Angst, Stress, familiäre Probleme, Schulprobleme, Infektanfälligkeit, Leistungsschwäche

Gibt es erblich und/oder gehäuft auftretende Erkrankungen in der Familie?

ja: _____ nein

Sind Sie auf natürlichem Wege schwanger geworden? ja nein

Haben Sie vaginal oder per Kaiserschnitt entbunden? vaginal Kaiserschnitt

Wurden Hilfsmaßnahmen bei der Geburt angewendet: Zange Saugglocke Dammschnitt

Hatten Sie Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? ja nein

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente bekommen ja: _____ nein

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Handelte es sich um eine Mehrlingsgeburt? ja nein

Gab es Komplikationen unter der Geburt? ja: _____ nein

Haben Sie eine PDA unter der Geburt erhalten? ja nein

Haben Sie wehenfördernde Mittel erhalten? ja nein

In welcher Lage wurde Ihr Kind geboren? Kopflage Steißlage andere: _____

Wie groß und schwer war Ihr Kind bei Geburt? Welchen Kopfumfang hatte es? _____

Gab es eine Notsituation nach der Geburt: ja: _____ nein

Haben Sie gestillt? ja nein

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen? ja: _____ nein

Spuckt Ihr Kind/ hat Ihr Kind viel gespuckt? ja nein

Leidet Ihr Kind/ hat Ihr Kind unter Blähungen gelitten? ja nein

Ist/war Ihr Kind als Baby sehr unruhig. ja, zu folgenden Zeiten: _____ nein

Dreht/Hat Ihr Kind den Kopf bevorzugt zu einer Seite gedreht ja; welche: _____

Wurde Ihr Kind geimpft? ja; gegen: _____

Gibt/gab es Entwicklungsverzögerungen in der Motorik? Beim Robben Krabbeln Sitzen Stehen Laufen. Wie ausgeprägt war die Verzögerung: _____

Hat/hatte Ihr Kind eine: Hüftdysplasie Säulingskoliose Fußdeformierung weiteres: _____

Gibt/gab es Schwierigkeiten beim Zahnen? ja: _____ nein

Gab es kieferorthopädische Eingriffe? ja: _____ nein

Weitere eigene Angaben:

**Ich bedanke mich herzlich für Ihre Mithilfe und
freue mich auf ein Kennen lernen!**