

Osteopathie Schanzweg



PERSÖNLICHE ANGABEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieser Fragebogen hilft uns, einen Teil der Anamnese im Voraus zu erfassen damit die Erstkonsultation in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und in **DRUCKSCHRIFT**.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Geschlecht:

Name des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen):

Name der Kinderarzt (bei Minderjährigen):

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Behandlungsgrund: ☐ Krankheit / Beschwerden ☐ Unfall (Unfallnummer)

Zusatzversicherung: ☐ Keine ☐ Ja bei

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Google ☐ Website ☐ Empfehlung ☐ Andere

Die Rechnungen werden am Monatsende per E-Mail verschickt.

☐ Ich wünsche die Rechnung per Post.

Die **Osteopathie** wird nach dem **Tarif 590** abgerechnet. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten. **Für Abklärungen der Kostenübernahme ist der/die Patient:in selbst verantwortlich.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis, dass die Osteopathie-Praxis meine Daten bearbeiten darf und diese Inhalte bei Bedarf auch an Dritte gemäß der nachfolgenden Patienteninformation weiterleiten kann. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen (z.B Terminverschiebungen) mit unverschlüsselter E-mail-Kommunikation erfolgen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

BITTE WENDEN

Fragebogen für Säuglinge und Kleinkinder 0 bis 2 Jahre

Dieser Fragebogen hilft uns, einen Teil der Anamnese im Voraus zu erfassen damit die Erstkonsultation in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur ersten Behandlung mit. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau.

Fragen zur Schwangerschaft

Ja **nein**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Liegen frühere Schwangerschaften vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein fertilitätsförderndes oder reproduktions-
medizinisches Verfahren angewendet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab es vor und/oder während der Schwangerschaft Traumata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie vor oder während der Schwangerschaft folgende
Beschwerden? | | |
| ○ Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ länger dauernde Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Schwangerschaftsdiabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ psychische Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Schwangerschaftsvergiftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Sonstiges (z. Bsp. Stressfaktoren, Todesfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen, die die Geburt betreffen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • War es eine Spontangeburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde die Geburt eingeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine schwierige Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine lange Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War es eine kurze Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kam es zu einer Geburtsverzögerung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War die Geburt zum errechneten Geburtstermin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn nein, +/- Tage angeben: | | |
| • Kam es zum Einsatz von | | |
| ○ Wehenmitteln / Wehenhemmern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ schmerzstillenden Mitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Periduralanästhesie (PDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lag das Kind schon lange tief im Becken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kamen folgende geburtshilfliche Massnahmen zum Einsatz? | | |
| ○ Saugglocke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Zange | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein planmässiger Kaiserschnitt durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein Notkaiserschnitt durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War die Nabelschnur um den Hals oder Kopf gewickelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • In welcher Geburtsposition befand sich das Kind? | | |
| ○ Beckenendlage | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Gesichtslage | | <input type="checkbox"/> |

- Stirnlage ☐
- Hinterhauptslage ☐
- Vorderhauptslage ☐

Ja nein

Fragen die die Zeit nach der Geburt betreffen

- Wie war der APGAR-Score 1' 5' 10'
- Musste das Kind intensiv medizinisch betreut werden? ☐ ☐
- Lagen sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor? ☐ ☐

Allgemeine Fragen

- Benötigt ihr Kind ständige Aufmerksamkeit? ☐ ☐
- Möchte es ständig herumgetragen werden? ☐ ☐
- Überstreckt sich das Kind? (gespannter Bogen) ☐ ☐
- Zieht es sich krampfartig zusammen? ☐ ☐
- Wirkt es steif oder schlapp? ☐ ☐
- Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite? (Asymmetrie)? ☐ ☐
- Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten? ☐ ☐
- Wie ist das Schreien des Kindes?
 - laut ☐
 - schrill ☐
 - weinerlich ☐
 - stöhnend ☐
- Wie reagiert das Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt?
 - schreiend ☐
 - abwesend ☐
 - unauffällig ☐
- Atmet das Kind hörbar schwer? ☐ ☐
- Erscheint das Kind wach für sein Alter? ☐ ☐
- Erscheint das Kind hyperaktiv? ☐ ☐
- Erscheint das Kind passiv? ☐ ☐
- Tränen beim Kind ein oder beide Augen? ☐ ☐
- Liegt eine Asymmetrie des Schädels vor? ☐ ☐
- Liegt eine Asymmetrie des Gesichts vor? ☐ ☐
- Liegen Unfälle vor? ☐ ☐
 - Sturz vom Wickeltisch ☐
 - Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)? ☐
 - Schleudertrauma ☐
 - andere
- Hat das Kind eine Skoliose? ☐ ☐
- Leidet es unter sonstigen Erkrankungen ☐ ☐
 - Herzerkrankungen ☐
 - neurologische Erkrankungen ☐
 - Allergien ☐
 - andere

- | | Ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wurde das Kind geimpft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, welche? | | |
| ○ Traten nach den Impfungen Reaktionen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zur Nahrungsaufnahme

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist das Trinkverhalten des Kindes? | | |
| ○ Saugschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Schluckprobleme | <input type="checkbox"/> | |
| • Erbricht das Kind nach dem Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, häufig | <input type="checkbox"/> | |
| ○ selten | <input type="checkbox"/> | |
| • Muss es häufig aufstossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat das Kind vermehrten Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Flüssigkeitsverlust? (trockene Zunge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Koliken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Verstopfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat das Kind einen harten Bauch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist die Konsistenz des Stuhls? | | |

Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Treten bei Positionswechsel Schmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schreit es bei Positionswechsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zum Schlafverhalten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Schläft das Kind immer zur gleichen Seite gedreht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schreit das Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sucht das Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schläft das Kind tagsüber oft und lang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist es nachts wach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schläft das Kind selbständig ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat das Kind Mühe beim Einschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Weint das Kind vor jedem Einschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Weint das Kind nach dem Wachwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird das Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Schlaflosigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-