Osteopathie Schanzweg

PERSÖNLICHE ANGABEN: Säuglinge und Kleinkinder 0-2 Jahre

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: **Geschlecht:**

Name des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)**:**

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon: **Mobil:**

E-Mail:

Name der Kinderarzt (bei Minderjährigen)**:**

Behandlungsgrund: O **Krankheit / Beschwerden** O **Unfall** … (Unfallnummer)

Zusatzversicherung: O **Keine** O **Ja** bei …

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

O Google O Website O Empfehlung O Andere …

Die Rechnungen werden am Monatsende per E-Mail verschickt.

O 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 oder Rechnung-versand) mit unverschlüsselter E-mail-Kommunikation erfolgen.

Mit Kinderwagen via Tiefgarage: Code 15951 🔔

Ort / Datum: **Unterschrift:**

BITTE WENDEN

Fragen zur Schwangerschaft **Ja** **nein**

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

Fragen, die die Geburt betreffen

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

Fragen zur Nahrungsaufnahme

- Stillen Sie? ☐ ☐
- Wie ist das Trinkverhalten des Kindes?
  - Saugschwierigkeiten? ☐
  - Schluckprobleme ☐
- Erbricht das Kind nach dem Trinken ☐ ☐
  - Wenn ja, häufig ☐
  - selten ☐
- Muss es häufig aufstossen? ☐ ☐
- Hat das Kind vermehrten Speichelfluss? ☐ ☐
- Leidet das Kind unter Flüssigkeitsverlust? (trockene Zunge) ☐ ☐
- Leidet das Kind unter Koliken? ☐ ☐
- Leidet das Kind unter Verstopfung? ☐ ☐
- Hat das Kind einen harten Bauch? ☐ ☐
- Wie ist die Konsistenz des Stuhls? ……

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? ☐ ☐

	Ja	nein
• 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 ……		
• Wurde das Kind geimpft?	☐	☐
○ Wenn ja, welche? ……..		
○ Traten nach den Impfungen Reaktionen auf?	☐	☐
• Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung?	☐	☐

Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel

• Treten bei Positionswechsel Schmerzen auf?	☐	☐
• Schreit es bei Positionswechsel?	☐	☐

Fragen zum Schlafverhalten

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