

Anamnesbogen Neugeborene/Säuglinge Osteopathische Behandlung

Datum:

Name des Kindes

Vorname

weibl.

männlich

Geboren am

in

das Kind lebt bei

Name, Vorname der Mutter

geboren am

Beruf

Name, Vorname des Vater

geboren am

Beruf

Strasse

Postleitzahl

Ort

Telefon

Handy

Gesetzlich

Privat

Zusatz versichert

Versicherung

Das Kind ist versichert mit der Mutter

mit dem Vater

selbst

Kinderarzt/betreuender Arzt

Wichtige Infos zum Kind: hat das Kind eine angeborene oder erworbene Erkrankung (Allergien, Diabetes, Epilepsie, Gehirnblutung, Herzerkrankung, Lungen usw.)

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf. durchstreichen.

Dies ist auch zum Schutz des Kindes, so dass keine (chronischen) Erkrankungen oder Unfälle vergessen werden und die Behandlung dem Kind Schaden zufügen könnte.

Der Fragebogen wird mit Ihnen ausführlich besprochen und ggf. Fehlendes noch ergänzt.

1. Allgemeine Fragen

Hat das Kind Geschwister? Nein ; Falls ja wie alt/Geschlecht/lebt wo

Die wievielte Schwangerschaft war es?

Wie wurde zuvor verhütet? Gar nicht . , Pille . , Spirale . ; Anders nämlich:

2. Fragen zur Schwangerschaft

Fühlte sich die Mutter während der Schwangerschaft wohl? Ja ; Falls nein was waren die Gründe?

Wurden irgendwelche Medikamente während und vor der Schwangerschaft eingenommen? Nein , falls ja welche und warum:

Wurde Alkohol , Zigaretten , oder Drogen während oder vor der Schwangerschaft konsumiert? Nein Fall ja wie häufig:

Wurden vom Vater vor der Schwangerschaft Alkohol , Zigaretten (auch während) , oder Drogen konsumiert?

War die Mutter/der Vater während der Schwangerschaft glücklich?

Das muss man zur Schwangerschaft noch wissen, z.B. Unfälle, Todesfälle, Trennung usw.

3. Fragen zur Geburt des oben genannten Kindes

Erfolgte die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt? Ja Nein , nämlich

z.B. Frühgeburt (Woche)

Es war eine Hausgeburt ;Geburt im Geburtshaus ; Klinikgeburt ; anderes nämlich:

Handelte es sich um Spontangeburt , mit Einleitung ,geplanter Kaiserschnitt , ungeplanter Kaiserschnitt

Wie lange dauerten die Wehen?
Wie begannen sie?

Gab es verfrühte Wehen vor der Geburt? Nein ; Falls ja wann
Begleitet von/Auslöser (Infektion, Blutung)

Gab es Unterbrechungen des Geburtsvorgangs? Nein ; Falls ja , warum

Wurden Schmerzmittel , PDA (Rückenmarksbetäubung) , Saugglocke oder Zange benötigt ?

Dammschnitt/Riss

War die Mutter bei der Geburt wach? Ja ; Nein

Hat die Mutter das Kind sofort nach der Geburt gesehen bekommen? Ja ; Falls nein , warum nicht

Wie sah das Kind aus? (schlaff , munter) Farbe? (rosig , blas , bläulich , gelblich)

Kopfform? (normal , verformt/asymmetrisch) Usw.

Gewicht: Kopfumfang: Größe: APGAR- Werte:

Hat die Mutter das Kind sofort nach der Geburt gesehen abgelegt bekommen? Ja ; Falls nein , warum nicht

Hatte/hat das Kind Probleme zu saugen? Nein ; Ja

Hatte das Kind Problem zu atmen ? Nein ; Ja . Brauchte das Kind Sauerstoff? Nein ; Ja .

Gab es Komplikationen? Nein ; Ja . Blutgruppeninkompatibilität ? Infektionen? Gelbsucht ?
Anderes, nämlich

Wie wurde das Kind/ die Mutter behandelt?

War die Mutter/Vater/Familie mit dem Kind glücklich?

4. Fragen zur Neugeborenen Periode

Gab/Gibt es Probleme mit dem Stillen oder der Pflege? Nein , falls ja welche/warum

Müssen/mussten Sie ein Stillhütchen verwenden

Wird das Kind derzeit gestillt? Falls nein , welche Nahrung wird gefüttert

falls ja , wie lange soll das Kind noch gestillt werden?

Wie oft wird am Tag gestillt? Wie oft nachts?

Spuckt oder erbricht das Kind? Nein ; Falls ja wie häufig und wieviel

Hat das Kind Koliken Durchfälle Verstopfung

Wie ernährt sich die stillende Mutter

5. Weitere Fragen zum Neugeborenen/Säuglingsalter

Wann und wie lange schlief/schläft das Kind Nachts?

Und bei Tag?

Wo schlief/schläft das Kind? Eigene Wiege/Bett ; elterliches Bett ; anderes:

In welcher Position nachts: überwiegend in Rückenlage

Bauchlage

Seitenlage

Wie viele Stunden pro Tag verbringt das Kind in Rückenlage

Bauchlage

Seitenlage

In welchem Alter konnte das Kind den Kopf heben?

Warf/Wirft das Kind den Kopf in den Nacken? Ja ; Nein. Überstreckte es den Körper nach hinten Ja ; Nein .

War/Ist es eher steif, schlaff, entspannt, unruhig, schreckhaft, lebhaft, unbeweglich, geschickt.

Mochte/Mag das Kind Zärtlichkeiten Ja ; Nein . Beachtete es Sie Ja ; Nein. Ist es gerne allein Ja , ; Nein .

War/ist das Kind im Säuglingsalter an Kinderspielzeug interessiert? Ja ; Nein

Es spielte v.a. mit

Gab/Gibt es irgendwelche größeren Probleme zu dieser Zeit? Auf Seiten des Kindes, der Eltern usw. Nein. Ja .
nämlich:

6. Hauptproblem

Was ist das Hauptproblem/Probleme?

Was, welches Symptom wurde zuerst beobachtet? Wann?

Ging eine Verletzung/ Erkrankung/ Geburtskomplikationen voraus?

Welche Untersuchungen wurden bisher wo gemacht? (ggf Befunde)

Welche Behandlungen wurden bisher gemacht? Mit welchem Resultat?

Achtung Kontraindikation: In den ersten 4 Wochen nach einer Gehirnblutung, Schlaganfall, größeren Operation oder bei Blutungsneigung soll keine osteopathische Behandlung erfolgen. (Bei meinem Kind ist keine der genannten Erkrankungen bekannt, es hat keine OP stattgefunden.) Hiermit bestätige ich, alles nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Gibt es noch irgend etwas zu diesem Kind/Umfeld zu wissen, was vergessen wurde?

(ggf auf der Rückseite vermerken)

Ich bin mit der Behandlung meines Kindes (Name)

durch Frau Pilat einverstanden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

