

## Praxis für Osteopathie Bettina Neidhardt

### Anmeldebogen für Säuglinge und Kleinkinder

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben mit in die Praxis. So bleibt uns mehr Zeit für die Behandlung. Vielen Dank.

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Name des Kindes : \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? \_\_\_\_\_

War ihr Kind schon mal in osteopathischer Behandlung? Wann? \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei Beispielen reicht es, zu unterstreichen. Sollten Sie Fragen haben, machen Sie sich Notizen am Rand, dann können wir diese besprechen.

#### **Schwangerschaft:**

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft, z.B. Stress, frühzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt, vermehrte Übelkeit und Spucken, Infektionen, Medikamente ?

Das wievielte Kind? \_\_\_\_\_ Wieviele Geschwister ? \_\_\_\_\_

Dauer der Schwangerschaft \_\_\_\_\_ SSW

Alter der Mutter bei der Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Mehrlingsschwangerschaft? Ja ( )

Querlage / Steißlage

Gab es eine äußere Wendung? Welche SSW? \_\_\_\_\_

#### **Geburt:**

Ich habe spontan / mit Kaiserschnitt / Saugglocke entbunden.

Gab es eine PDA? Ja ( )

Gab es wehenfördernde Mittel? Ja ( )

Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja ( )

Dauer der Eröffnungsphase. \_\_\_\_\_ Std.

Dauer der Austreibungsphase \_\_\_\_\_ Std.

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g. Länge: \_\_\_\_\_ cm

APGAR \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Die ersten Tage nach der Geburt:**

Wie war das Wohlbefinden des Babys?

Die medizinische Versorgung? / Gab es Hämatome? / Gelbsucht?

---

Wie war das Wohlbefinden der Mutter?

---

**Auffälligkeiten des Säuglings:** (bitte auch beantworten wenn Ihr Kind schon älter ist und diese Auffälligkeiten früher auftraten)

|   |         |
|---|---------|
| Unreife Hüfte                                   | re / li |
| Fußfehlstellung                                 | re / li |
| Mein Kind liegt in einem Bogen wie ein C        | Ja ( )  |
| Mein Kind überstreckt sich                      | Ja ( )  |
| Mein Kind hält den Kopf schief                  | Ja ( )  |
| Mein Kind hat Haarabrieb am Hinterkopf          | Ja ( )  |
| Mein Kind hat einen platten/schiefen Hinterkopf | Ja ( )  |
| Mein Kind mag nicht auf dem Bauch liegen        | Ja ( )  |
| Mein Kind schreit in Rückenlage                 | Ja ( )  |
| Mein Kind dreht den Kopf nur zu einer Seite     | re / li |
|   |         |
| Gibt es / gab es Stillprobleme?                 | Ja ( )  |
| Ich stille nicht / habe nicht gestillt          | Ja ( )  |
| Mein Kind trinkt an einer Seite besser          | Ja ( )  |
| Mein Kind schnalzt beim Trinken                 | Ja ( )  |
| Mein Kind trinkt sehr langsam                   | Ja. ( ) |
|   |         |
| Mein Kind spuckt nach jeder Mahlzeit            | Ja ( )  |
| Mein Kind hat „Drei-Monats-Koliken“             | Ja ( )  |
| Mein Kind quält sich mit Blähungen              | Ja ( )  |
| Mein Kind stöhnt viel                           | Ja ( )  |
| Mein Kind ist sehr unruhig und schreit viel     | Ja ( )  |
| Mein Kind lässt sich nur schwer beruhigen       | Ja ( )  |

**Schlafrythmus:**

Die Schlafzeiten sind von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mein Kind wacht \_\_\_\_\_ mal in der Nacht auf.

Mein Kind lässt sich Nachts gut beruhigen Ja ( )

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung/Behinderung? Ja / Nein  
Welche?

---

Hatte Ihr Kind eine Operation? Welche und in welchem Alter ?

---

Ist Ihr Kind geimpft? Ja / Nein

**Weitere Erkrankungen:**

Häufige Infekte/ Husten /Mittelohrentzündung / Krupp / Allergien / Neurodermitis...

---

Stuhlgang: täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Durchfall oder Verstopfung

Der Stuhl ist: hell, dunkel, hart, knollig, weich

In welchem Alter konnte Ihr Kind krabbeln \_\_\_\_\_ Monate

laufen \_\_\_\_\_ Monate

sprechen \_\_\_\_\_ Monate

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT...) zum nächsten Termin mit.

Für alle Patienten gelten die Honorare auf [bneidhardt.com](http://bneidhardt.com), unabhängig von Ihrer Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe). Eventuelle Differenzen zwischen der Leistung Ihrer Versicherung und meinem Honorars sind von Ihnen selbst zu tragen.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei Nichterscheinen oder Zuspätkommen in voller Höhe berechnet wird, da der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Mit der Vereinbarung eines Termins und Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Konditionen an.

Hamburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift