

Osteopathie Heike Dofka

Anamnesebogen für Säuglinge und Kleinkinder

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsdatum: _____
Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____

Ggf. abweichende Adresse: _____

Tel. (privat): _____ Handy: _____

Name des Hausarztes/ Therapeuten: _____

Anschrift des Hausarztes/ Therapeuten: _____

Angaben zum Kind:

aktuelle Körpergröße: _____ cm
aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Entwicklung des Kindes:

Verlauf der Schwangerschaft:

Gab es emotionalen Stress?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Stürze oder Unfälle?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Übelkeit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Komplikationen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> - kurze Beschreibung: _____

Informationen zur Geburt:

Spontangeburt
Kaiserschnitt
Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange
Geboren in SSW: in der Woche
Wurde die Geburt eingeleitet? Nein Ja - welche Art
(Wehenmittel etc.)?

Medikamente während des Geburtsvorgangs? Nein Ja - welche Art (PDA etc.)?

Körperhaltung während des Geburtsvorgangs:
Hockend Liegend Andere Haltung:

Dauer der Geburt: ca. Stunden

Traten während der Geburt Komplikationen auf?
Nein Ja - welche? Kurze Beschreibung

Nach der Geburt:

Das Kind hat nach der Geburt geschrien? Nein Ja
Das Kind hat spontan die Brust gesucht? Nein Ja
Fand Hautkontakt statt? Nein Ja
Trennung von Mutter und Kind? Nein Ja , weil

Verformung des Kopfes? Nein Ja

Die ersten Monate:

Das Kind wurde gestillt? Nein Ja - Monate
Gab es Probleme beim Stillen? Nein Ja - Beschreibung:

Gab es beim Kind eine Lieblingsseite beim Stillen? Nein Ja - welche?

Flaschennahrung ab dem Monat
Zugefüttert Nein Ja - ab dem Monat
Dreimonatskoliken Nein Ja
Verdauungsprobleme Nein Ja - Beschreibung:

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!