

Anamnesebogen Osteopathische Behandlung für Kinder bis 18 Jahre

Um Ihr Kind ganzheitlich behandeln zu können, benötigen wir Informationen über dessen Gesundheitszustand. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten. Falls Sie Fragen beim Ausfüllen des Formulars haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Füllen Sie das Formular bitte online aus und senden es per PDF an info@therapiekreuzplatz.ch und bringen Sie aktuelle Berichte, Röntgenbilder, MRI und Gesundheitsbüchlein zur ersten Behandlung mit. Weitere Informationen finden Sie auf unserer [Webseite](#).

Herzlichen Dank.

Personalien und Anmeldung

| | |
|----------------------|----------|
| Name des Kindes | Vorname |
| Geburtsdatum | W M |
| Strasse | PLZ, Ort |
| Name, Vorname Mutter | Beruf |
| Name, Vorname Vater | Beruf |
| Telefon | Email |

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine osteopathische Behandlung?

| | |
|----------------------------------|---|
| Hausarzt/zuweisender Arzt | Kostenträger Krankenzusatzversicherung |
| Name | Name |
| Adresse | |

Allgemeine Bedingungen

In der Regel wird Osteopathie teilweise von Ihrer Kranken-Zusatzversicherung übernommen. Erkundigen Sie sich bitte direkt bei Ihrer Krankenversicherung. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher, sonst wird Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

Datum

Ich akzeptiere die Bedingungen und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Diese Anmeldung gilt für die bevorstehende und alle folgenden Behandlungen.

Schwangerschaft und Geburt

Allgemein

Ja

Nein

Hat Ihr Kind Geschwister?

Alter:

Schwangerschaft

Ja

Nein

Gab es während der Schwangerschaft Probleme?

Welche:

Wurden irgendwelche Medikamente vor und während der Schwangerschaft eingenommen?

Welche:

Wurden Alkohol, Zigaretten oder Drogen vor oder während der Schwangerschaft konsumiert?

Geburt

Ja

Nein

Erfolgte die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt?

Gab es verfrühte Wehen vor der Geburt?

Handelte es sich um eine Normalgeburt?

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

Wie waren die APGAR Werte?

Gewicht:

Kopfumfang:

Grösse:

Hat die Mutter ihr Kind sofort nach der Geburt angelegt bekommen?

Hatte Ihr Kind einen kräftigen ersten Schrei?

Hatte Ihr Kind Probleme zu atmen?

Brauchte Ihr Kind Sauerstoff?

Hatte Ihr Kind Probleme zu saugen?

Gab es sonstige Komplikationen?

Welche:

Neugeborenen-Periode bis zur Adoleszenz

Neugeborenen-Periode

Ja

Nein

Gibt/gab es Probleme mit dem Stillen oder der Pflege?

Wird Ihr Kind derzeit gestillt?

Spuckt/e oder erbricht/erbrach Ihr Kind?

Gibt/gab es Koliken, Durchfälle, Verstopfungen?

Anderes:

Säuglingsalter

Ja

Nein

Wann und wie lange schlief/schläft das Kind nachts?

Am Tag?

Überstreckt/e es den Körper nach hinten?

Gibt/gab es irgendwelche grösseren Probleme zu dieser Zeit?

Auf Seiten des Kindes, der Eltern usw.

Welche:

Entwicklung

Ja

Nein

Ab welchem Alter konnte das Kind sich im Liegen drehen?

Wann begann es zu krabbeln?

Wann konnte es allein gehen?

Unfälle, Stürze, Verletzungen

Ja

Nein

Erlitt Ihr Kind Unfälle, Stürze oder Verletzungen?

Welche:

Operationen

Ja

Nein

Hatte Ihr Kind Operationen?

Welche:

Neugeborenen-Periode bis zur Adoleszenz

Impfungen

Ja

Nein

Wurde Ihr Kind geimpft?

Wurde es nach den Empfehlungen des BAG geimpft?

Kam es nach den Impfungen zu unangenehmen Reaktionen?

Welche:

Allergien und Unverträglichkeiten

Ja

Nein

Bestehen Allergien?

Welche:

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Welche:

Familiäre Dispositionen

Gibt es familiär gehäuft auftretende Krankheiten (z.B. Rheuma)?

Welche:

Kopf und Zentrales Nervensystem

Ja

Nein

Kopfschmerzen

Schreckhaftigkeit

Unruhe

Ticks (ständige Wiederholungen von Bewegungen)

Epileptische Anfälle

Koordinationsstörungen der Sprache oder andere Sprachauffälligkeiten

Welche:

Hat Ihr Kind Probleme mit den Augen?

Welche:

Neugeborenen-Periode bis zur Adoleszenz

Kopf und Zentrales Nervensystem

Ja

Nein

Hat Ihr Kind Probleme mit den Ohren?

Welche:

Hat Ihr Kind Probleme mit der Nase?

Welche:

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Mund oder Rachen?

Welche:

Magen-Darm-System

Ja

Nein

Trinkt Ihr Kind eher wenig?

Isst Ihr Kind eher wenig?

Würden Sie die Verdauung Ihres Kindes als normal bezeichnen?

Sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bekannt?

Welche:

Herz-Lungen-System

Ja

Nein

Hat Ihr Kind Probleme mit den Lungen?

Welche:

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Herzen?

Welche:

Haut

Ja

Nein

Bestehen Probleme mit der Haut?

Welche:

Neugeborenen-Periode bis zur Adoleszenz

Urogenital-System

Ja

Nein

Ist Ihr Kind tagsüber trocken?

Ist Ihr Kind nachts trocken?

Hatte Ihr Kind Blasen-/Nierenbeckenentzündungen?

Besteht schon eine Monatsblutung?

Gibt es Unregelmässigkeiten oder Schmerzen bei der Menstruation?

Welche:

Muskel-Skelett-System

Ja

Nein

Bestehen Probleme mit dem Bewegungsapparat?

Welche:

Bestehen Probleme beim Gehen, Laufen, Sitzen, Knien, Brücken?

Welche:

Lernen

Ja

Nein

Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

Gibt es Probleme beim Schreiben, Lesen, Rechnen?

Welche:

Kann sich Ihr Kind konzentrieren und sich mit etwas beschäftigen?

Soziale Integration

Ja

Nein

Kommt Ihr Kind mit anderen Menschen gut zurecht?

Kommt Ihr Kind mit der Mutter gut zurecht?

Kommt Ihr Kind mit dem Vater gut zurecht?

Kommt Ihr Kind mit den Geschwistern gut zurecht?

Neugeborenen-Periode bis zur Adoleszenz

Gibt es noch etwas, das wir von Ihrem Kind wissen sollten?

Gibt es noch etwas, das Sie nicht in Anwesenheit des Kindes mit uns besprechen wollen?

Ich akzeptiere die Bedingungen und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.