

Patientenfragebogen Osteopathie Kinder

Stammdaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Größe: _____ Gewicht: _____
 Hobby/Sport: _____
 Gesundheitliche / familiäre Vorbelastungen ja Nein

Angaben zum aktuellen Anliegen		
Aktuelles Anliegen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Wachstumsbegleitung <input type="checkbox"/> Beschwerden	
Beschreiben Sie kurz Ihr ihr Anliegen:		
Sind Therapien erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Haben dieses Therapien geholfen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann war die letzte Impfung Ihres Kindes	Datum:	
Besondere Reaktionen auf die Impfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, was für Reaktionen?
Wieviel Flüssigkeit (Wasser) nimmt Ihr Kind täglich zu sich?	<input type="checkbox"/> <0,5 Liter <input type="checkbox"/> 0,5 -1 Liter <input type="checkbox"/> 1 Liter <input type="checkbox"/> >1 Liter	
War oder ist Ihr Kind ein „Schreikind“?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Musste Ihr Kind eine Spreizhose tragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie lange? (Dauer)
Trägt Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Grund der Behandlung
Leidet Ihr Kind an Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind Beschwerden mit der Harnblase? (z.B. Entzündungen/Entleerungsschwierigkeiten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Beschwerden?
Hat Ihr Kind ein Anfallsleiden ? z.B. Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind Hautprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Probleme?

Leidet Ihr Kind unter Bluthochdruck?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Blutgerinnungsstörung oder Gefäßerkrankung vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche Erkrankung hat Ihr Kind?
Leidet Ihr Kind allgemein unter Verdauungsbeschwerden		Magen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Darm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Galle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beschreiben Sie die Beschwerden?
Häufigkeit des Stuhlganges		<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> alle ___Tage
Konsistenz des Stuhlganges		<input type="checkbox"/> breiartig <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> hart
Farbe des Stuhlganges		<input type="checkbox"/> gelblich <input type="checkbox"/> hellbraun <input type="checkbox"/> dunkelbraun <input type="checkbox"/> schwarz
Fiel Ihnen im Säuglingsalter bei Ihrem Kind Folgendes auf?		<input type="checkbox"/> Lieblingsseite beim liegen <input type="checkbox"/> Überstreckung des Körpers <input type="checkbox"/> Abgeflachter Kopf <input type="checkbox"/> Trinkschwäche
Klagt Ihr Kind über:		<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Koordinationsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Zahnbeschwerden
Traumata & Unfallhistorie		Kopfverletzungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Knochenbrüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sportunfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stürze auf Becken/Steißbein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fuß-, Knieluxation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Auto-, Fahrradunfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstiges: _____
Weitere Erkrankungen		Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verdauungsorgane <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wirbelsäule/Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blase/Niere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Urogenitalorgane (Jungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Menstruationsbeschwerden(Mädchen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstiges: _____
Wurde Ihr Kind bereits operiert?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche OP und wann? _____ _____ _____ _____

Besteht ein regelmäßiger Monatszyklus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Macht der Monatszyklus Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Informationen zur Schwangerschaft und Geburt		
Was trifft auf die Geburt Ihres Kindes zu	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zangengeburt/Saugglockengeburt <input type="checkbox"/> langwierige Geburt <input type="checkbox"/> schnelle Geburt <input type="checkbox"/> Komplikationen während der Geburt	Wenn Komplikationen unter der Geburt, welche ?
Wurden während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche und wofür?

Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand und der Entwicklung Ihres Kindes		
Krabbelte Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Informationen zum Babyalter Ihrer Kindes	<input type="checkbox"/> Asymmetrien des Kopfes <input type="checkbox"/> Schiefhaltungen des Körpers <input type="checkbox"/> Schielen der Augen <input type="checkbox"/> Augensenkung <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Trink/Schluckstörung <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss <input type="checkbox"/> Schulterluxation <input type="checkbox"/> Koliken <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen <input type="checkbox"/> motorische Auffälligkeiten, welche? _____ _____ Andere schwere Infektionen, welche? _____ _____	

Datum: _____

Unterschrift: _____