

Anamnesebogen Neugeborene, Säuglinge

.....
Datum

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Name der Erziehungsberechtigten

.....
Straße/Hausnummer PLZ / Wohnort E-Mail

.....
Telefon privat beruflich Handy

Versicherung: gesetzlich: privat: Beihilfe: Name der Versicherung:

Röntgenbilder vorhanden – von?

FAMILIE

Haben Sie weitere Kinder? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter?

Waren Sie oder Ihre Kinder bereits in chiropraktischer Behandlung? Ja Nein

Wie haben Sie von unserer Praxis gehört?

Welche Bedenken haben Sie hinsichtlich der Gesundheit Ihres Kindes?
.....

SCHWANGERSCHAFT

Benötigten Sie Medikamente während der Schwangerschaft?
Nein wenn ja, welche?

Gab es Komplikationen während Ihrer Schwangerschaft?
Nein wenn ja, welche?

GEBURT

Die Geburt Ihres Kindes kann auf potentielle Probleme hinweisen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich der Geburt.

Ort der Geburt:

Medikamente während der Geburt:

Lage des Babys bei Geburt: Schädellage Beckenendlage Querlage

Zeitpunkt der Geburt: Frühchen zum errechneten Termin nach errechnetem Termin

Kaiserschnitt: Ja Nein Zange: Ja Nein Saugglocke: Ja Nein

Andere:

Gab es weitere Komplikationen bei der Geburt?
Nein , wenn ja, welche?

Geburtsgewicht:

Apgar Wert:

Wie lange dauerte die Geburt?

Wie lange und wie oft mussten Sie „pressen“?

War die Kopfform Ihres Kindes nach der Geburt verändert? Ja Nein

GEBURT BIS 6 MONATE

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Haben Sie Ihr Kind mit einem Fläschchen gefüttert? Ja Nein

Gibt/ gab es Probleme beim Stillen oder Füttern?

Nein , wenn ja, welche?

Leidet/Litt Ihr Kind unter Koliken? Nein Wenn ja, wie schlimm? leicht moderat schwer

Leidet/ Litt Ihr Kind unter Reflux? Nein Wenn ja, wie schlimm? leicht moderat schwer

Wie schläft/ schlief Ihr Kind? Sehr gut gut durchschnittlich kaum sehr wenig

ANAMNESE

Neigt Ihr Kind zu Unfällen? Ja Nein Hatte Ihr Kind erhebliche Stürze? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein , wenn ja, welche?

Musste Ihr Kind jemals ins Krankenhaus?

Nein , wenn ja, warum?

Wurde Ihr Kind jemals operiert?

Nein , wenn ja, warum?

Hat sich Ihr Kind jemals Knochenbrüche, Zerrungen oder Bänderrisse zugezogen?

Nein , wenn ja, was genau?

Musste Ihr Kind jemals Antibiotika nehmen?

Nein , wenn ja, welche?

WEITERE PROBLEME

Kopfschmerzen Rückenschmerzen Verstopfung / Durchfall Allergien

Abgeschlagenheit Nachtangst Wiederkehrende Infektionen Skoliose

Gelenkschmerzen Verhaltensauffälligkeit schlechter Schlaf Unruhe

Bettnässen chronische Erkrankung Entwicklungsverzögerung Wachstumsschmerz

Wiederkehrende Bauchschmerzen Schreib-, Sprech- oder Leseschwierigkeiten

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.