



DATUM:

FRAGEBOGEN KINDEROSTEOPATHIE

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen mit Hilfe des Mutter-Kind-Passes aus

1.) ALLGEMEINE PATIENTENDATEN:

Telefonnummer:

E-Mail:

Familienname des Kindes: Vorname:

Vers.nr.: Geschlecht: W M

Geburtsdatum: Geburtsort:

Wohnadresse: PLZ, Ort:

Geschwister:

Mitversichert mit (Name, Beziehung zu Kind):

Name der Eltern:

Vers.nr.:

Wohnadresse (wenn untersch. zu Kindesadresse):

.....

2.) GRÜNDE FÜR DEN BESUCH:

BESCHWERDEBILD	SEIT WANN

3.) SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE:

Alter der Mutter bei Geburt:

IVF: JA NEIN

Frühere Schwangerschaften (Aborte/ Frühe Abgänge):

.....

Schwangerschaftsverlauf (Medikamente, Blutungen, Wehen, Unfälle, Stürze, Operationen incl. Angabe SSW):

.....
.....

Endokrinologische Beschwerden (z.B.: Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion):

.....

Andere Krankheiten und Infektionen (z.B.: Hellp-Syndrom, Toxoplasmose, Grippaler Infekt, Infektionen der Geschlechtsorgane):

.....

4.) GEBURT:

Schwangerschaftsdauer:.....Wochen

Spontan: JA NEIN **Eingeleitet:** JA NEIN **Episiotomie:** JA NEIN

Dammriss: JA NEIN **Sectio:** JA NEIN **Vakuum:** JA NEIN

Narkose: JA NEIN **Geplant:** JA NEIN **Notfall:** JA NEIN

Gesamte Dauer der Geburt:..... **Geburtslage:**.....

1.Schrei des Kindes: JA NEIN , Laut u. kräftig Leise

APGAR:...../...../..... **PH-Wert:**..... **Gewicht:**.....kg **Größe:**.....cm

Kopfumfang:.....cm

5.) NEONATALE PHASE:

Postpartem Zustand der Mutter (Psychische Beschwerden, Soziale Probleme der Eltern, Beschwerden im Bewegungsapparat, Gynäkologische Beschwerden u. Komplikationen):

.....
.....
.....

Dauer des Krankenhausaufenthaltes:.....

Auffälligkeiten des Kindes während der ersten 2 Lebenswochen:

.....
.....
.....

Kann das Kind den Kopf nach beiden Seiten drehen oder bevorzugt es eine Seite bzw. eine Brust beim Stillen:

Hüftultraschall:.....

6.) Meilensteine und Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes (incl. Zeitangaben):

Schlaf:.....

Nahrungsaufnahme:.....

Stillen: JA NEIN Flaschennahrung: JA NEIN

Motorik:.....

Sprache:.....

Krabbeln:.....

Stehen:.....

Gehen:.....

Laufen:.....

Lernen:.....

7.) KRANKENGESCHICHTE DES KINDES (Operationen, Erkrankungen, Unfälle, Allergien):

EREIGNIS / ERKRANKUNG	(SEIT) WANN

8.) DAUERMEDIKATION, ANDERE THERAPIEN:

Medikament	SEIT WANN	THERAPIE	SEIT WANN

9.) FAMILIÄRE PRÄDISPOSITION / ERBKRAKHEITEN:

.....
.....

10.) ZU BEACHTENDE BESONDERHEITEN DES KINDES:

.....
.....

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, ersuchen wir Sie 24 Std. davor telefonisch abzusagen.

Unterschrift eines Elternteiles: _____