

**Osteopathie und Naturheilkunde
Simone Bendzulla-Achtermann**

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Schwangerschaftswoche: _____ **Geburtsgewicht:** _____ g

Name des Kinderarztes:

Schwangerschaft

Wie war Ihre Schwangerschaft?

Übelkeit / Erbrechen / Blutungen / Stress / emotionale Belastung / Unfälle od. Stürze / frühzeitige Wehentätigkeit / frühzeitige Plazentaablösung / unauffällig

Sonstiges:

Geburt

Verlauf der Geburt?

spontan / Kaiserschnitt (geplant / ungeplant) / Zange / Glocke / Geburt musste eingeleitet werden / die Mutter hat Wehenmittel bekommen / die Mutter hat Wehenhemmer bekommen

Probleme/ Komplikationen während der Geburt?

vermehrte Blutungen / Kind ist stecken geblieben / Kind wurde durch Hebamme/Arzt herausgeschoben / Nabelschnurumschlingung / schlechte Herztöne / Plazenta hat sich nicht vollständig gelöst

Besonderheit während der Geburt:

Säuglingszeit

Wie ist/ war Ihr Kind im ersten halben Lebensjahr?

sehr pflegeleicht / pflegeleicht / unruhig / hat viel geweint

Mussten Sie Ihr Kind ständig auf dem Arm tragen?

ja / nein

Überstreckte sich Ihr Kind?

ja / nein

Hatte Ihr Kind eine Lieblingsseite?

ja rechts / ja links / nein

Hatte Ihr Kind Bauchprobleme?

ja / nein / manchmal

Trank Ihr Kind gut?

ja / nein

Verschluckte sich Ihr Kind viel?

ja / nein / manchmal

Spuckte Ihr Kind viel?

ja / nein / manchmal

Hat Ihr Kind einen Schnuller genommen?

ja / nein

Besonderheiten:

Motorische Entwicklung

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

_____ Monaten

Wann ist Ihr Kind gelaufen?

_____ Monaten

Wann konnte Ihr Kind Fahrrad fahren?

_____ Jahren

Wann hat Ihr Kind gesprochen?

_____ Jahren

Kleinkindzeit

Malte Ihr Kind gerne?

ja / nein

Kletterte Ihr Kind gerne?

ja / nein

Schaukelte Ihr Kind gerne?

ja / nein

Stolperte Ihr Kind häufiger?

ja / nein / manchmal

Besonderheiten:

Aktueller Stand:

Welche akuten Beschwerden hat Ihr Kind?

	Beschwerden	Seit wann?	Schmerzskala (1-10*)
1			
2			

*1=minimal und 10=maximal

Wann treten die Beschwerden auf? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

morgens – im Tagesverlauf – abends – nach/ bei Belastung – in Ruhe – nachts – immer – Sonstiges

Durch welche Maßnahme werden die Beschwerden besser?

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt? Wie war der Erfolg?

Art der Behandlung	mit Erfolg	ohne Erfolg
1		
2		

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind ein??

Medikamentenname	Grund der Einnahme

Welche Operationen und Unfälle hatte Ihr Kind bisher?

Operationen	Unfälle / Stürze

Hat Ihr Kind Narben?

Ort der Narbe	Ursache der Narbe	Macht die Narbe Ihnen Beschwerden (Taubheit, kribbeln, brennen, schmerzhaft, wetterabhängig...)?

Sind Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Art der Allergie /	Seit wann?

Nahrungsmittelunverträglichkeit	

Welche Lebensmittel isst Ihr Kind?

	Viel	mittelmäßig	wenig	gar nicht
Milchprodukte				
Weißmehl				
Eier				
Nüsse				
Süßigkeiten				
Kuchen				
Zucker				
Fleisch				
Gemüse				
Sonstiges				

Hat Ihr Kind Abneigungen gegen bestimmte Lebensmittel?

Zähne / Kiefer

Art der Behandlung	Wann?
Kieferorthopädische Behandlung	
Zahnfüllungen, Art des Materials	
Fehlende Weisheitszähne	
Fehlen schon bleibende Zähne?	

CMD

Knackt oder knirscht Ihr Kind mit den Zähnen/ Kiefergelenk?	
Kaut Ihr Kind vermehrt auf einer Seite?	
Sitzen die Zähne gut aufeinander?	

Schlafverhalten

Schläft Ihr Kind schnell ein?	
Wacht Ihr Kind nachts regelmäßig auf?	
Wenn, zu welcher Uhrzeit wacht es nachts auf?	
Sonstiges	

Augen

Leidet Ihr Kind an einer Fehlsichtigkeit? (kurz- oder weitsichtig?)	
---	--

Schielt Ihr Kind?	
Sonstiges	

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?

Lunge	
Herz	
Darm	
Niere / Blase	
Leber	
Magen	
Kopf	
Skelettsystem	
Nervensystem	
Infektionskrankheiten	
Sonstiges	

Sonstiges

Kann sich Ihr Kind konzentrieren?	
Wurde Ihr Kind geimpft?	
Wenn ja, wogegen?	

Was erwarten Sie von der Behandlung?