

**Osteopathie und Naturheilkunde
Simone Bendzulla-Achtermann**

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Schwangerschaftswoche: _____ **Geburtsgewicht:** _____ g

Name des Kinderarztes:

Beantworten Sie bitte die Fragen –sofern es Ihnen möglich ist-, indem Sie u.a. zutreffende Aussagen unterstreichen, bzw. ausfüllen.

Allgemein

Wie war die Befruchtung?

natürlich / künstlich (IVF, ICSI, IUI, Sonstiges)

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____

Die wievielte Geburt war es?

Wie war Ihre Schwangerschaft?

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

Sonstiges:

Geburt

Dauer der Geburt: _____ Stunden

Verlauf der Geburt?

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

PDA / Vollnarkose

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

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenenengelbsucht?

ja / nein

Wie war Ihr Kind in den ersten Tagen nach der Geburt?

sehr pflegeleicht / pflegeleicht / unruhig / hat viel geweint

Wie ist/ war Ihr Kind ab der 3. Lebenswoche?

sehr pflegeleicht / pflegeleicht / unruhig / hat viel geweint

Müssen/ Mussten Sie Ihr Kind ständig auf dem Arm tragen?

ja / nein

Überstreckt(e) sich Ihr Kind?

ja / nein

Hat(te) Ihr Kind eine Lieblingsseite?

ja rechts / ja links / nein

Hat(te) Ihr Kind Bauchprobleme?

ja / nein / manchmal

Mag/ Mochte Ihr Kind die Bauchlage (im Wachzustand)?

ja / nein

Wird/ Wurde Ihr Kind gestillt?

Ja, es wird/ wurde voll gestillt / ja, es wird teilgestillt / nein

Meldet(e) sich Ihr Kind zu den Mahlzeiten?

ja / nein

Trinkt/ Trank Ihr Kind gut?

ja / nein

Verschluckt(e) sich Ihr Kind viel?

ja / nein / manchmal

Spuckt(e) Ihr Kind viel?

ja / nein / manchmal

Nimmt Ihr Kind einen Schnuller?

ja / nein

Besonderheiten:

Motorische Entwicklung

- Wann hat sich Ihr Kind von der Rückenlage in die Bauchlage gedreht? _____ Monaten
- Wann konnte Ihr Kind krabbeln? _____ Monaten
- Wann hat sich Ihr Kind selbstständig hingesetzt? _____ Monaten
- Wann ist Ihr Kind gelaufen? _____ Monaten
- Wann konnte Ihr Kind Fahrrad fahren? _____ Jahren
- Wann hat Ihr Kind gesprochen? _____ Jahren

Kleinkindzeit / weitere Entwicklung

Malt Ihr Kind gerne?

ja / nein

Hält Ihr Kind den Stift mit dem „Erwachsenengriff“?

ja / nein

Klettert Ihr Kind gerne?

ja / nein

Schaukelt Ihr Kind gerne?

ja / nein

Stolpert oder fällt Ihr Kind häufiger hin?

ja / nein / manchmal

Kann Sich Ihr Kind gut konzentrieren?

ja / nein / manchmal

Besonderheiten:

Schmerzen

Klagt Ihr Kind über Schmerzen? Wenn ja, über welche:

ja / nein / manchmal

Sonstiges

Hatte Ihr Kind Unfälle / Stürze? Wenn ja, welche:

nein / ja:

Wurde Ihr Kind schon operiert? Wenn ja, woran:

nein / ja:

Nimmt Ihr Kind Vitamin D zu sich?

Nein / ja

Muss Ihr Kind noch andere Medikamente nehmen? Wenn ja, welche:
nein / ja:

Sind bei Ihrem Kind irgendwelche Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche:
nein / ja:

Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja, wogegen:
nein / ja:

Sonstiges:

Warum haben Sie den Wunsch, Ihr Kind osteopathisch/ craniosacraltherapeutisch behandeln zu lassen?