



Praxis für Osteopathie – Georg Saed
Integrative Osteopathische Medizin

Anamnesebogen Pädiatrie:

Name:
Geburtsdatum:
Adresse
Telefon:
Email:
Gewicht & Größe:
 <u>Welche Beschwerden hat Ihr Kind?</u> <u>Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden?</u> <u>Ist Ihnen ein Auslöser bekannt?</u> <u>Nimmt Ihr Kind Medikamente?</u> <u>Schwangerschaft:</u> Gab es bereits frühere Schwangerschaften? Gibt es auch Geschwister? Hat sich die Mutter/ der Vater während der Schwangerschaft wohl gefühlt?

Hat es vor und/oder in der Schwangerschaft ein Trauma gegeben?

Hat die Mutter vor und/oder während der Schwangerschaft Alkohol, Drogen oder Rauchen konsumiert?

Wie war es beim Vater?

Geburt:

Wie war die Geburtslage des Kindes?

Beckenendlage, Gesichtslage, Vorderhaupts Lage, Hinterhauptslage, Stirnlage ?

Ist die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt passiert?

War es eine normale, lange oder kurze Geburt?

Waren Unterbrechungen des Geburtsvorgangs vorhanden?

Hat die Mutter nach der Geburt das Kind sofort bekommen?

Wurden Schmerzmittel, Zange oder eine Saugglocke verwendet?

War es ein Kaiserschnitt?

War es eine Notoperation?

Wie hat das Kind ausgesehen (Kopfform und Farbe)?

Lag die Nabelschnur um den Kopf oder den Hals?

Gab es beim Kind Probleme bezüglich der Atmung und dem Saugen?

Hatte das Kind eine Sauerstoffzufuhr benötigt?

Waren Blutgruppeninkompatibilitäten oder Gelbsucht vorhanden?

Waren die Eltern mit dem Kind zufrieden?

Nach der Geburt:

Wurde das Kind intensiv medizinisch versorgt?

Musste ein sofortiger Einsatz der Atmung stattfinden?

Hat es Probleme beim Stillen gegeben?

Hat es Probleme beim Saugen gegeben?

Wie oft wurde am Tag und in der Nacht gestillt?

Spuckt und erbricht das Kind?

Hat das Kind Durchfälle, Verstopfung oder Koliken?

Überstreckt sich Ihr Kind bzw. zieht es sich krampfartig zusammen?

Schreit ihr Kind verstärkt?

Hat Ihr Kind eine normale Atmung?

Ist das Verhalten des Kindes normal, sehr ruhig oder sehr aktiv?

Wirkt das Kind normal, schlapp oder steif?

Hat ihr Kind Tränen bei einem oder beiden Augen?

Hat ihr Kind eine Verformung des Gesichts und/ oder des Schädels?

Hat es bereits Unfälle geben?

Hat Ihr Kind sonst andere Erkrankungen?

Wurde Ihr Kind bereits geimpft?

Wie waren die Reaktionen nach dem Impfen?

Hat Ihr Kind Allergien?

Hat Ihr Kind hautbeschwerden?

Gib es in der Familie erblich bedingte Krankheiten?

Schlaf und Position:

Schläft das Kind immer zu einer Seite?

Kann das Kind normal einschlafen?

Kann das Kind normal durchschlafen?

Weint Ihr Kind vor dem Einschlafen oder nach dem Wachwerden?

Hat Ihr Kind das Verlangen mit dem Kopf Kontakt am Bett zu haben?

Wacht Ihr Kind ohne deutlichen Grund auf?

Ist Ihr Kind nachts wach?

Ist Ihr Kind unruhig oder schreit es ohne erkennbaren Grund?

Reagiert Ihr Kind positiv oder negativ auf Liebkosungen?

Schreit Ihr Kind bei einem Positionswechsel?

Hat Ihr Kind Schmerzen bei einem Positionswechsel?

Ab welchem Alter konnte sich Ihr Kind:

-Umdrehen

-Sich aufsetzen

-Alleine sitzen

-Robben

-Krabbeln

-An den Möbeln stehen

-Gehen