



Fragebogen Osteopathie Säugling

Name:			
Adresse:			
Telefon:			
Geb.dat.		Alter:	

Um Ihr Kind optimal behandeln zu können, ist es notwendig, so viel wie möglich Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Sie können viele der hier abgefragten Fakten im gelben Kinder-Untersuchungsheft bzw. im Mutterpass finden. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Im ersten Termin findet ein persönliches Gespräch statt, bei dem alle offenen Fragen Ihrer- und unsererseits geklärt werden.

1. Konsultationsgrund

2. Was erwarten Sie von der osteopathischen Behandlung?

3. Schwangerschaft:

Anzahl Kinder und Alter:	
Gravida (Schwangerschaften, Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften usw.):	
Geburten:	
Alter der Mutter bei der Geburt:	_____ Jahre
Natürliche Schwangerschaft oder In-vitro-Fertilisation? Wunschkind oder „Überraschung“?	
Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel, Wehenhemmer, etc.):	

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?			
Entbindung in der wievielten Schwangerschaftswoche?			
Geburtsgewicht :	g	Körperlänge :	cm
Apgar :	/ /	pH-Wert Nabelschnur:	

4. Die Geburt:

spontan oder eingeleitet?	
Wenn Einleitung, womit? (Infusion, Scheidenzäpfchen,...)	
Kaiserschnitt?	ja / nein
→ wenn Kaiserschnitt: Geplant od. ungeplant?	
→ wenn geplant, warum?	
Lage des Kindes : (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker...)	
Wieviele Stunden vor der Geburt ist die Fruchtblase geplatzt?	
Dauer der Eröffnungsphase?	
Dauer der Austreibungsphase (ab Muttermundöffnung) / ungefähre Anzahl der Presswehen?	
PDA / Spinalanaesthesie:	ja / nein
Wurden Hilfsmittel verwendet? (Zange, Saugglocke) Wenn ja, welche?	
Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff)?	ja / nein
Die Nabelschnur war umschlungen:	ja / nein
Viel oder wenig Fruchtwasser?	
Sonstige Komplikationen?	

5. Nach der Geburt:

Hat Ihr Kind sofort geschrien?	ja /nein
Wurde das Kind angelegt und hat sofort gesaugt?	ja /nein
Dauer des Krankenhausaufenthalts?	
Das Kind hat Lichttherapie bekommen? (Ikterus/Gelbsucht)	ja / nein ____Tage
Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation?	ja /nein
→ wenn ja, warum?	
→ wurde das Kind beatmet?	ja / nein ____Tage
Medikamente? → wenn ja, welche?	

6. Auffälligkeiten

Gibt / gab es Stillschwierigkeiten?	ja /nein
→ wenn ja, welche?	
Bauchschmerzen / Probleme beim Stuhlgang ?	ja /nein
Häufiges Spucken?	
→ wenn ja, wann und wie oft?	
Abendliche Unruhe?	ja /nein von _____ bis _____
Unstillbares Schreien?	ja /nein
→ wenn ja, zu welchen Zeiten und wie oft?	
Wie lange schläft Ihr Kind auf 24 h gesehen?	_____ Stunden

7. Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt sichtbar:	ja /nein	
→ wenn nicht, ab wann ist es aufgefallen?		
Köpfchen ist abgeflacht:	ja /nein	
→ wenn ja, wo?		
Das Kind überstreckt sich / macht sich steif / „kuschelt nicht“? (drückt sich auf dem Arm weg):	ja /nein	
Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt / breit wickeln / Spreizhose: → Messwerte / Einteilung? (Ia/Ib, ...usw.)		
Das Baby	schaut(e) nur nach:	rechts / links
	bevorzugt(e) eine Brust:	rechts / links
	dreht(e) sich nur nach:	rechts / links
	bewegte einen Arm weniger: → wenn ja, welchen und wohin?	ja /nein _____
Das Kind akzeptiert die Bauchlage:	ja /nein	
Das Kind akzeptiert die Rückenlage:	ja /nein	

8. Sonstige Erkrankungen

(Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündungen, ADHS, etc.)

9. Familiäre Vorbelastungen

(Herzfehler, Diabetes, Allergien, Asthma, usw.)

10. Bisherige Therapien

11. Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

12. Sonstige Informationen

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Vom Therapeuten auszufüllen

a.) Differenzialdiagnose

b.) Sonstiges
