

Patientenfragebogen Kinder bis 12 Jahre



Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des behandelnden Kinderarzt: _____

Name der betreuenden Hebamme: _____

Was ist der Grund für eine osteopathische Behandlung: _____

Wie verlief die Schwangerschaft? _____

Probleme/ Erkrankungen/ Medikamente _____

Wie verlief die Geburt ihres Kindes? _____

Dauer? _____ Spontan? ja nein

Hilfsmittel? _____

Gibt es diagnostizierte Erkrankungen ihres Kindes? ja nein

Welche? _____

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) _____

Liegen Seh- oder Hörstörungen vor? _____

Nimmt ihr Kind Medikamente? ja nein

| Medikament | Einnahmehäufigkeit | Wofür? | Nebenwirkungen |
|------------|--------------------|--------|----------------|
| | | | |
| | | | |

Hatte ihr Kind Operationen? ja nein

Welche? _____

Hatte ihr Kind Unfälle/Stürze/Frakturen/Traumata? ja nein

Welche? _____

Hat ihr Kind Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Wann hat ihr Kind die Bauchlage akzeptiert? _____

Wann hat es gekrabbelt? _____

Wann ist ihr Kind frei gelaufen? _____

Gibt es Koordinationsstörungen? _____

Hat ihr Kind eine Lieblingsseite (bevorzugte Kopfdrehung)? _____

Kann ihr Kind sich konzentrieren? _____

Schlafverhalten? Schläft ihr Kind durch? ja nein

Anzahl der Schlafunterbrechungen: _____

Bemerkung: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____