



JANIN BREUER D.O.PÄD.  
HEILPRAKTIKERIN

## **Anamnesebogen zur osteopathischen Behandlung**

Liebe Eltern,

Um Ihr Kind möglichst optimal behandeln zu können und die Behandlungszeit nicht mit allzu vielen Fragen zu belasten, bitte ich Sie, den Fragebogen **ausgefüllt zum Ersttermin** Ihres Kindes mitzubringen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschwister: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ – Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

### **1. Was haben Sie bei Ihrem Baby beobachtet? Welche Symptome wurden zuerst beobachtet und wann ?**

.....  
.....  
.....  
.....

### **2. Vor der Geburt / Schwangerschaft**

- Geschwister ? Fehlgeburt ?

.....

- Besonderheiten in der Schwangerschaft ?

.....

### **3. Informationen zur Geburt**

0 Spontangeburt

0 Zangengeburt / Saugglocke / Schmerzmittel / PDA / wehenhemmende oder wehenauslösende Mittel ?

- 0 Kaiserschnitt
- 0 langwierige Geburt
- 0 schnelle Geburt
- 0 Frühchen
- 0 Komplikationen während der Geburt

.....

- 0 Besonderheiten nach der Geburt, z. Bsp. Hämatome,...

.....

#### **4. Informationen zum Babyalter**

- 0 Besonderheiten beim Stillen ?

.....

- 0 Flaschennahrung ?

.....

- 0 Spucken / Erbrechen ?
- 0 Trink-/Schluckstörung ?
- 0 Koliken
- 0 Verstopfung
- 0 Asymmetrie des Schädels
- 0 Schiefhaltung des Körpers
- 0 Tränenkanalverschluss
- 0 Gelbsucht
- 0 Schielen
- 0 Ohrenentzündung
- 0 motorische Besonderheiten

.....

.....

- 0 Infektionen / Erkrankungen

.....

#### **5. Informationen zum Impfen, wurde Ihr Baby schon geimpft und wenn ja was ?**

- 0 .....

#### **6. Gibt es noch etwas Ihrerseits zu erwähnen?**

- 0 .....