

## Osteopathie für Säuglinge/Kleinkinder – Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.  
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf. durchstreichen.

Anamnese Fragebogen für ....., geb.....

Name der/des Eltern/Erziehungsberechtigten .....

### 1.) zur Familie

Es sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. ja/nein  
(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige..)

Hat Ihr Kind Geschwister? ja/nein  
Falls ja, wie alt \_\_\_\_\_

### 2.) Schwangerschaft/Kind:

Anzahl: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter bei der Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Spontanschwangerschaft/ In-vitro-Fertilisation (IVF, CSI): \_\_\_\_\_

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Magnesium, Narkosemittel,  
Wehenhemmer, etc.)  
\_\_\_\_\_

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der  
Schwangerschaft ja/nein

Entbindung in der \_\_\_\_\_ Woche

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PH-Wert Nabelschnur: \_\_\_\_\_

### 3.) Die Geburt:

Spontan: ja/nein

Eingeleitet: ja/nein  
Mit was: (Infusion, Scheidenzäpfchen, etc.) \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt : ja/nein

geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand \_\_\_\_\_

Lage des Kindes: (Schädellage/ Beckenendlage/Sternengucker...) \_\_\_\_\_

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung: \_\_\_\_\_

Anzahl (ca.) Presswehen \_\_\_\_\_

PDA /Spinalanästhesie : ja/nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke) ja/nein \_\_\_\_\_

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff) ja/nein

Die Nabelschnur war verschlungen ja/nein

wo/worum: \_\_\_\_\_

Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_

#### 4.) Nach der Geburt:

Das Kind hat sofort geschrien ja/nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt ja/nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes \_\_\_\_\_Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen (Ikterus/Gelbsucht) ja/nein \_\_\_\_\_Tag

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja/nein

warum: \_\_\_\_\_

Wurde das Kind beatmet ja/nein \_\_\_\_\_Tage

Medikamente ja/nein

welche: \_\_\_\_\_

#### 5.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein

welche \_\_\_\_\_

Wie oft wird/wurde am Tag gestillt?

Wie oft nacht?

Bäuerchen kommt schwer ja/nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Spuckt oder erbricht Ihr Kind derzeit? ja/nein  
Falls ja, wie häufig und wieviel

Abendliche Unruhe ja/nein ,wie lange \_\_\_\_\_Stunden

Unstillbares Schreien ja/nein ,wie lange \_\_\_\_\_Stunden

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen \_\_\_\_\_Stunden

## 6.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt ja/nein

Erst später sichtbar ja/nein

Köpfchen ist abgeflacht ja/nein

wo: \_\_\_\_\_

Überstreckt sich Ihr Kind / macht es sich steif ? ja/nein

Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt / breit wickeln / Spreizhose

Falls ja, welche Seite? \_\_\_\_\_

Das Baby schaut(e) nur nach rechts/links

bevorzugt eine Brust rechts/links

dreht(e) sich nur nach rechts/links

bewegt beide Arme gleich ja/nein

Ihr Kind schläft überwiegend in Rückenlage / Bauchlage / Seitenlage

Akzeptiert Ihr Kind die Rückenlage ja/nein

die Bauchlage ja/nein

## 7.) Sonstige Erkrankungen

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

## 8.) Bisherige Therapie

## 9.) Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes

## 10.) Sonstige Informationen:

(Gibt es noch etwas, was Sie als wichtig empfinden und bisher nicht gefragt wurde?)

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten