

Anamnesebogen Säugling

Personalien

Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Größe und Gewicht bei Geburt	und jetzt:
Kopfumfang bei Geburt	
Konsultationsgrund	

Verlauf Schwangerschaft

Hatten Sie während der Schwangerschaft.. (bei „Ja“ bitte näher bezeichnen)

..eine ernste Erkrankung	
..eine Behandlung mit Medikamenten	
..einen Unfall	
..besonderen psychischen Stress	
..Übelkeit und Erbrechen / wie lange	
..vorzeitige Wehen / welche SSW	
..wie lange mussten sie liegen	
..bekamen sie wehenhemmende Medikamente	
zusätzliche Bemerkungen der Eltern	
zusätzliche Bemerkungen Therapeut	

Verlauf Geburt (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Dauer gesamt	4-6Std. / 12-18Std. / länger / kürzer
Dauer Austreibungsphase	20-50Min. / länger / kürzer
Anzahl der Presswehen	
Komplikationen	Kaiserschnitt geplant / Notkaiserschnitt Zange / Saugglocke / manuelle Hilfe
Apgar	/ /
pH-Wert	
Base-Exscess	
Geburtspräsentation	Hinterhaupt / Scheitel / Gesicht / Steiß
Nabelschnurumwicklung (wenn ja, wo)	
War die Geburt termingerecht (SSW)	
Wurde die Geburt eingeleitet (wenn ja, womit)	
Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden? (wenn ja, weshalb und wie lange)	
Wurde/wird ihr Kind gestillt	
Können Sie es ohne Probleme an beide Brüste anlegen?	

Die ersten 24 Monate

entspricht das Schädelwachstum der Norm	ja nein zu groß zu klein
passen Längenwachstum und Gewichtszunahme zueinander	ja nein
wann konnte ihr Kind	sich drehen von RL in BL sich drehen von BL in RL krabbeln sitzen stehen laufen
hat ihr Kind häufig gespuckt	nein ja
hatte ihr Kind die sog. 3-Monats-Kolliken	nein ja, bis
leidet es an ...	Blähungen Verstopfung Durchfall
weinte es oft ohne ersichtlichen Grund	nein ja
hat ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen	früher: nein ja heute: nein ja
wie lange schläft es nachts an einem Stück	früher heute
Bemerkungen Therapeut	

Gesundheit

hat ihr Kind einen angeborenen Organdefekt	nein ja,
hatte ihr Kind einen Unfall	nein ja,
hatte ihr Kind eine OP	nein ja,
Kinderkrankheiten	nein ja,
häufige Mittelohrentzündungen	nein ja/ wie oft
häufige Mandelentzündungen	nein ja/wie oft
Bronchitis/Lungenentzündung	nein ja
Blasen/Nierenerkrankungen	nein ja
Fieberkrämpfe	nein ja/wie oft
Allergien	nein ja,
leidet ihr Kind häufig (>5x/Jahr) an Infektionen der Atemwege	nein ja/wie oft
hatte ihr Kind schon einmal einen Pseudokrupperfall	nein ja/wie oft
welche Impfungen hat ihr Kind bekommen	
gab es Impfreaktionen	nein ja,
nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente	nein ja,

Familienanamnese

gibt es in der Familie chron. Erkrankungen	nein ja, Asthma Diabetes Rheuma MS
besteht eine familiäre Disposition für Allergien	nein ja,

Ernährung

Vorlieben	
Abneigungen	

bisherige Therapien :

Therapie zur Zeit:

Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten?

Angst Aggressivität Ungeduld Hektik Lustlosigkeit in sich gekehrt

bitte evtl. kurz schildern:

.....

.....

Datum:

Unterschrift:

Liebe Eltern, bitte füllen sie den vorliegenden Fragebogen sorgfältig aus. Der Inhalt wird bei ihrem ersten Besuch nochmals besprochen, um evtl. Unklarheiten aufzuklären.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Naturheilpraxis für Osteopathie Gabriele Krebs, Hauptstraße 19a, 74858 Aglasterhausen
Tel. 06262/4234 info@osteopathie-krebs.de www.osteopathie-krebs.de