



## **Anamnesebogen**

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viele Informationen wie möglich über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Einige der gewünschten Informationen stehen im gelben Untersuchungsheft Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch einige Fragen nicht beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst finde zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, indem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter): \_\_\_\_\_

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Hobbys: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (kurze Beschreibung)

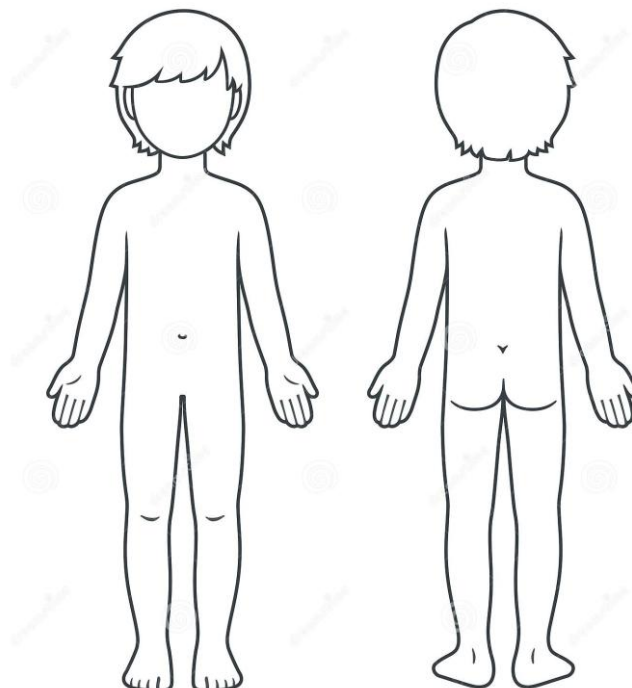
---

---

---

---

Schmerzgebiet: **rot** Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.  
Ausstrahlungen: **blau** Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der  
Narben: **grün** größtmögliche Schmerz ist.



### Informationen zur Schwangerschaft

Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter bei der Geburt: \_\_\_\_\_

☐ Spontanschwangerschaft

künstliche Befruchtung: ☐ IVF ☐ ICSI

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika, Narkosemittel, Wehenhemmer etc.):

☐ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

Gab es extreme Stressphasen/ psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft?

☐ nein

☐ ja, \_\_\_\_\_

### Informationen zur Geburt

\_\_\_\_\_ SsW ☐ Spontangeburt ☐ primäre Sectio ☐ sekundäre Sectio

Eingeleitet: ☐ nein ☐ ja, ☐ Gel ☐ Fruchtblaseneröffnung ☐ Wehentropf ☐ Tablette

Dauer der Geburt ab Muttermundöffnung: \_\_\_\_\_ Stunden

Lage des Kindes: ☐ Schädellage ☐ Beckenendlage ☐ Querlage ☐ Sternengucker ☐ \_\_\_\_\_

Einsatz einer Saugglocke: ☐ nein ☐ ja

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

PDA/ Spinalanästhesie ☐ nein ☐ ja

Traten während der geburt Komplikationen auf? ☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

### Nach der Geburt

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Das Kind hat sofort geschrien: ☐ nein ☐ ja

Das Kind bekam nach den ersten 2 Stunden nach Geburt Kolostrum/ wurde angelegt: ☐ nein ☐ ja

Dauer des Krankenhausaufenthaltes: \_\_\_\_\_ Tage ☐ ambulante Geburt

Hat das Kind eine Lichttherapie bekommen? \_\_\_\_\_ Stunden (Ikterus/ Gebsucht)

Inkubator? ☐ nein ☐ ja Intensivstation ☐ nein ☐ ja

Warum? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind beatmet? ☐ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_ Stunden

Medikamente? ☐ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

Besonderheiten nach der Geburt (z.B. Hämatome)? ☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

**Welche der folgenden Angaben treffen/ tragen auf Ihr Kind im Babyalter zu?**

|                                          |                                                           |                          |                                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Schulterluxation                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Trink-/ Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Schiefhaltung des Körpers                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Tränenkanalverschluss    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Schiefhaltung des Kopfes                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ohrenentzündung          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Hüftdysplasie                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gelbsucht                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Asymmetrie des Kopfes                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schielen                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Koliken                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Augensenkung             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Gibt/ gab es motorische Auffälligkeiten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                          |                                                           |

---

---

Ist Ihr Kind gekrabbelt? ☐ nein ☐ ja, ab: \_\_\_\_\_ Monat

**Angaben zur Krankheitsgeschichte**

|                         |                                                           |                              |                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Kopfverletzung          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Stürze auf Becken/ Steißbein | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Knochenbrüche           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sportunfälle                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Fuß- und Knieluxationen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Auto-/ Fahrradunfälle        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges – bitte kurz beschreiben:

---

---

**Weitere Erkrankungen**

|                                      |                                                           |                       |                                                           |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|
| Herz-/ Kreislaufbeschwerden          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Blase/ Niere          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Atemorgane (Bronchien, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Menstruationsprobleme | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Verdauungsorgane                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Urogenitalorgane      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Allergien             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges – bitte kurz beschreiben:

---

---

Wurde Ihr Kind operiert? ☐ nein ☐ ja (Wann/ Warum/ Wie?)

---

---

Befand/ befindet sich Ihr Kind in zahn-/ Kieferorthopädischer Behandlung? ☐ nein ☐ ja

---

Trägt Ihr Kind eine Brille? ☐ nein ☐ ja, wegen: \_\_\_\_\_

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen? ☐ nein ☐ ja, wie sind die Schmerzen: \_\_\_\_\_

---

---

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen? ☐ nein ☐ ja

Zeitabstände: \_\_\_\_\_ ☐ dumpf ☐ stechend ☐ drückend ☐ \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Fernsehen, Computer, Smartphone: \_\_\_\_\_ Minuten

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind beim Lesen (Bücher/ Zeitungen): \_\_\_\_\_ Minuten

Benötigt Ihr Kind regelmäßige Medikamente? ☐ nein ☐ ja

| Medikamentenname /Wirkstoff | Dosierung | Einnahmegrund |
|-----------------------------|-----------|---------------|
|                             |           |               |
|                             |           |               |
|                             |           |               |
|                             |           |               |
|                             |           |               |

Befindet sich ihr Kind zur Zeit in Therapie?

Physiotherapie ☐ nein ☐ ja

Ergotherapie

☐ nein ☐ ja

Logopädie ☐ nein ☐ ja

### Sonstiges

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden? ☐ nein ☐ ja

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes in der Praxis ab:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Rezept – wenn möglich in Kopie
- Falls vorhanden: vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem

Gerne können o.g. Dokumente auch per Mail an [termine@osteopathie-im-ganzen.de](mailto:termine@osteopathie-im-ganzen.de) geschickt werden.

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken
- EC-Karte

*Leider unterstützt unser Bezahlssystem die neue Girokarte der Comdirect nicht. Bitte bringen Sie in diesem Fall eine ausweichende Bezahlungsmethode mit (andere EC- Karte, Bargeld etc.).*

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Praxisteam der *Osteopathie im Ganzen*