



PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE & CHIROPRAKTIK



ANAMNESEBOGEN SÄUGLINGE & KINDER SEITE 1

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen



1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname des Kindes	Nachname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes	Krankenkasse
Vorname der Eltern/ Erziehungsberechtigten	Name der Eltern/ Erziehungsberechtigten	Adresse	
Telefon	E-Mail Adresse	Kinderarzt	



2. BESCHWERDEN DES KINDES (bitte zusätzlich ankreuzen)

 Hauptbeschwerde / Anliegen	☐ Kopfverformung	☐ Lieblingsseite des Kopfes	☐ Schreikind
	☐ Stillprobleme	☐ Trinkschwäche	☐ Verstopfung
	☐ Koliken	☐ Blähungen	☐ Unruhe
	☐ Reflux	☐ Ohrenentzündungen	☐ häufiges Spucken
	☐ häufige Infekte	☐ Entwicklungsverzögerung	
Seit wann?	☐ Sonstiges		



3. SCHWANGERSCHAFT

☐ unauffällig	☐ starke Übelkeit	☐ Medikamente	☐ Infektionen	☐ Schwangerschaftsdiabetes
☐ Bluthochdruck	☐ Stressbelastung	☐ Sonstiges		



4. GEBURT

☐ spontan	☐ Kaiserschnitt	☐ Saugglocke
☐ Zange	☐ eingeleitet	☐ Frühgeburt SSW:

Geburtsgewicht in Gramm	Geburtsgröße in cm	APGAR (falls bekannt)

Gab es Komplikationen?



PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE & CHIROPRAKTIK

ANAMNESEBOGEN SÄUGLINGE | KINDER SEITE 2

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen



5. ERNÄHRUNG

☐ gestillt ☐ Pre-Nahrung ☐ Beikost seit: _____

Trinkt / Isst das Kind gut?

☐ Ja ☐ Nein

Unverträglichkeiten oder Allergien



6. SCHLAF

☐ schläft gut ☐ häufiges Erwachen ☐ Einschlafprobleme ☐ bevorzugte Kopfseite ☐ unruhiger Schlaf



7. ENTWICKLUNG

Altersgerecht?

☐ Ja

☐ Nein

Falls bereits erreicht:

☐ Drehen

☐ Krabbeln

☐ Sitzen

☐ Stehen

☐ Laufen

☐ Besonderheiten _____



8. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

	Ja	Nein	Wann?	Weitere Anmerkungen
Operationen	☐	☐		
Krankenhausaufenthalte	☐	☐		
Unfälle oder Stürze	☐	☐		
Regelmäßige Medikamente	☐	☐		
Bekannte Erkrankungen	☐	☐		
Sonstige Hinweise, die für die Behandlung wichtig sind:				

Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Osteopathie, Chiropraktik oder jeder anderen Methode. Wir arbeiten mit sehr gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein evtl. Risiko aufzudecken. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Therapeuten, wir setzen sonst Ihr Einverständnis voraus. Wir versichern, dass diese Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Einverständniserklärung für unseren Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Inhalte mein Krankheitsbild betreffend im Computersystem und in der Karteikartenverwaltung der Heilpraktikerpraxis, Gärtnerstr. 14, 57076 Siegen, verarbeitet werden.

Die Möglichkeit zur Einsicht in die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.