

# Osteopathische Anamnese Kinder (ab 2. Lj.)

Datum:.....

Name :.....Vorname:.....geb.:.....

Namen der Eltern:.....

PLZ,Wohnort,Straße,Hausnr.:.....

Tel. dienstlich:..... Tel. privat:.....

Krankenkasse:.....Kinderarzt:.....

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?.....

---

Das wievielte Kind ist er/sie? \_\_\_\_\_

Wie alt sind die Geschwister? \_\_\_\_\_

## **Was sind die derzeitigen Beschwerden Ihres Kindes?**

Bewerten Sie jeweils die Intensität der Beschwerden bitte in einer Skala von 1-10 , sodass 10 dem stärksten Schmerz oder Beeinträchtigung entspricht.

Beschwerden	seit wann?	Intensität
1.		
2.		
3.		

Sind psychische Belastungsfaktoren vorhanden?

---

---

Sind Unfälle/Stütze/Schläge o.ä. erinnerlich?

---

---

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

---

---

Gab es während der Schwangerschaft Probleme (Unfall, psychisches Trauma, Rückenschmerzen, Medikamente o.ä.)

---

---

Normalgeburt/Frühgeburt? \_\_\_\_\_

Wie war die Geburt? (normal, schnell, lange Wehen, Saugglocke, Kaiserschnitt, Zange, eingeleitet)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind kräftig gesaugt, konnten Sie stillen? Wie lange haben Sie gestillt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind öfter gespuckt? \_\_\_\_\_

Lag oder liegt Ihr Kind auffällig zu einer Seite gedreht? Oder konnte es den Kopf nur zu einer Seite drehen? \_\_\_\_\_

Waren Unruhezustände oder Schreiattecken auffällig? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind die Schlafgewohnheiten ihres Kindes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Schwierigkeiten bei Verdauung? \_\_\_\_\_

Gibt es ernsthafte Erkrankungen in der Familie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind die beschriebenen Beschwerden/Auffälligkeiten Ihres Kindes eventuell bei Vater oder Mutter in der Kindheit in ähnlicher Weise aufgetreten? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits behandelt? (Logopädie/Krankengymnastik/Ergotherapie o.ä.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

