

Anamnese – Kinder und Jugendliche

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name/Vorname Eltern: _____ Anzahl der Geschwister: _____

PLZ, Ort: _____ Straße/HausNr.: _____

Telefon: _____ Email: _____

1. Was ist der Grund Ihres Besuches? Was erhoffen Sie sich durch die osteopathische Behandlung?

2. Daten zur Geburt ihres Kindes

- Gab es in der **Schwangerschaft Komplikationen**? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Wie lange **dauerte** die **Geburt**? _____
-
- War die Geburt ihres Kindes ein **Kaiserschnitt**? Ja Nein
- Wurden **Hilfsmittel** verwendet? (Saugglocke, Zange, kristellert) Ja Nein
Wenn ja, welche? Welche?
- Gab es **Geburtskomplikationen**? Ja Nein
Wenn ja, welche?

3. Daten zur Entwicklung

- Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Hat/Hatte ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Hat/Hatte ihr Kind Probleme sich zu konzentrieren? Ja Nein
- Hat/Hatte ihr Kind Probleme in der Schule?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

4. Medikamente

- Nimmt ihr Kind Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche und gegen welche Beschwerden

5. Spezifische Anamnese

- Hat ihr Kind **Kopfschmerzen**? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art und Wann? _____
- Hat ihr Kind häufige **Infekte** im Nasen-Rachenraum? Ja Nein
- Hat ihr Kind öfter **Fieber** oder erhöhte Temperatur? Ja Nein
- **Schwitzt** Ihr Kind nachts auffällig viel? Ja Nein
- Hat ihr Kind(ohne Absicht) stark **abgenommen**? Ja Nein
- Trägt Ihr Kind eine **Brille**? Ja Nein
- Trägt/trug Ihr Kind eine **Zahnsperre**? Ja Nein
Wenn ja, seit wann, wie lange? _____
- **Knirscht** ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

- Treten schnell **blaue Flecken** auf? Ja Nein
- **Heilen Wunden schlecht** aus? Ja Nein
- Wie **ernährt** sich ihr Kind überwiegend?
Gemüse - Fleisch - Fisch - Obst - Süßigkeiten - _____
- **Appetitlosigkeit oder Abneigung gegen bestimmte Speisen?** Ja Nein
Wenn ja, seit wann?
- **Bauchschmerzen / Blähungen?** Ja Nein
Wenn ja, wo im Bauch (rechts, links, oberhalb-unterhalb vom Nabel)?
- **Übelkeit oder Erbrechen?** Ja Nein
Wenn ja, wann?
- **täglich Stuhlgang?** Ja Nein
- **Durchfall?** Ja Nein
Wenn ja, wie häufig/Tag? Seit wann ist das so?
- **Verstopfung?** Ja Nein
- **Veränderungen beim Wasserlassen (Harnmenge oder Harnfarbe)?** Ja Nein

6. Fragen zum Zyklus:

- Gibt es schon einen **Zyklus**? Ja Nein
Wann war die erste Periodenblutung? _____
- Wie lange ist die **Zyklusdauer**? _____
- Wie ist die **Blutungsstärke**? Schwach Normal Stark
- Treten **Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung** auf? Ja Nein
Wenn ja, welche?

7. Sonstiges

- Hatte ihr Kind Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

- Hatte ihr Kind Unfälle/Stürze/Frakturen/Traumata? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Ist ihr Kind momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? Ja Nein
Wenn ja, welchen?

- Gibt es in der Familie schwere Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Hiermit gebe(n) ich/wir mein/unser Einverständnis zur osteopathischen Behandlung meines/unseres Kindes
Hinweis: Ihre Adress- und Gesundheitsdaten werden laut Datenschutzverordnung streng vertraulich gespeichert.

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!