

**Erstkonsultation Formular für Babies / Kinder bis 0-2 Jahre**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so klar und präzis wie möglich. Wir werden Ihre Antworten während des Aufnahmegesprächs besprechen.

**Persönliche Angaben**

Name: Vorname: Mann / Frau:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Adresse:

|  |
| --- |
|  |

Postleitzahl: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Geburtsdatum: Geburtsort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Telefon: Handy:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Email Adresse: Familiensituation:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Hausarzt: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ja, ich erteile die Erlaubnis, meinen Arzt bei Bedarf zu informieren. |

Medikamente/Grund:

|  |
| --- |
|  |

Spezialist heute/früher

|  |
| --- |
|  |

Standort/Spital: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Wo haben Sie von uns gehört?

|  |
| --- |
|  |

**Beschwerden**

Welches sind die Beschwerden?

|  |
| --- |
|  |

Hatten Sie eine schwierige Schwangerschaft?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hatten Sie zum Zeitpunkt Ihrer Schwangerschaft einen Unfall?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

War die Geburt schwierig / lang / kurz vor der berechneten Zeit?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Schwierig |  | Lang |  | Kurz |

Wurde die Geburt eingeleitet? Beschleunigt / verlangsamt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wurde bei der Geburt Druck auf Ihren Bauch ausgeübt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wurden Sie darum gebeten, mit dem Pressen zu warten, weiter rumzulaufen und Ihre Beine zusammenzudrücken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat das Kind bei der Geburt gut geschrien?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Ist es ein Sterngucker-Baby?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

War es eine Steißgeburt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wurde eine Vakuumextraktion / Spachtel / Zangen (forceps) verwendet?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wurde eine Vakuumextraktion / Spachtel / Zangen (forceps) verwendet?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

**Baby bis Kind (8 Tage/24 Monate)**

Stillen Sie Ihr Kind?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wenn Ihr Kind stillt, hat es Saugschwierigkeiten?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Spuckt Ihr Kind jeweils nach dem Trinken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Erbricht Ihr Kind oft oder immer nach dem Trinken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind eine starke Speichelproduktion? (mehr als ein Lätzchen zwischen zwei Still-Einheiten)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind regelmäßig Schluckauf?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Scheint Ihr Kind hyperaktiv zu sein?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Scheint Ihr Kind für sein Alter wach zu sein?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Fällt es Ihrem Kind schwer zu schlafen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind ungefähr pro Tag?

|  |
| --- |
|  Stunden |

Weint Ihr Kind beim Einschlafen und Aufwachen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Ist der Kopf auf einer Seite / Rücken / Oberseite abgeflacht?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Stinkend?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Gibt es Durchfall?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wie oft?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Tränt ein oder beide Augen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Fühlt sich der Rücken steif an, wenn Sie Ihr Baby auf dem Wickeltisch bewegen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Fühlt sich der Bauch Ihres Babys hart an?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wenn Ihr Kind auf Ihrem Arm liegt oder eine saubere Windel bekommt, gibt es Anzeichen von Schmerzen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Zieht sich Ihr Kind manchmal krampfartig zusammen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Streckt sich Ihr Kind und macht sich währenddessen steif?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Wirft Ihr Kind manchmal den Kopf zurück?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Liegt Ihr Kind immer mit dem Kopf gegen die Wand in seinem Bettchen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Schläft Ihr Kind immer auf der gleichen Seite?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Dreht sich der Kopf immer zur gleichen Seite?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Welche Seite?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Links |  | Rechts |

**Das Kleinkind 24 - 30 Monate bis 5 Jahre (bitte auch für das Baby ausfüllen)**

Hat Ihr Kind regelmäßig Ohrenentzündungen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind eine Schwerhörigkeit?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind Paukenröhrchen im Ohr?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Atmet Ihr Kind immer durch den Mund?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind oft eine Erkältung?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Ist Ihr Kind jemals gefallen (als Baby oder Kind)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Fällt Ihr Kind oft vorwärts / rückwärts / seitwärts?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind jemals in einen Autounfall verwickelt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind eine Skoliose, obwohl es kaum läuft?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

**Krankheitsgeschichte**

**Was ist die Vorgeschichte: (Zahnspange; Sturz; Fraktur; Unfall; Krankheiten; usw. in der Reihenfolge des Alters)**

|  |
| --- |
|  |

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Team Osteopathy Verstraten

[Behandlungsvereinbarung](https://osteopathieverstraten.nl/de/behandlungsvereinbarung/)

[Haftungsausschluss & Datenschutz](https://osteopathieverstraten.nl/de/disclaimer-privacyverklaring/)