# Anamnesebogen

**Personalien**

Name:
Vorname:
Straße:
Wohnort:
Geburtsdatum:
Gewicht und Größe zurzeit:
Gewicht und Größe nach der Geburt:
Kopfumfang nach der Geburt:

**Was ist der Grund Ihres Besuches - Konsultationsgrund**

**Verlauf der Schwangerschaft**

Hatten Sie während der Schwangerschaft

- Eine ernste Erkrankung? Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja, welche
- Behandlung mit Antibiotika oder anderen Medikamenten?
- Einen Unfall? Ja ☐ Nein ☐
- Besonderen psychischen Stress? Ja ☐ Nein ☐
- Übelkeit und/oder Erbrechen? Ja ☐ Nein ☐
- Vorzeitige Wehen? Ja ☐ Nein ☐ Wann/SSW?
- Wenn ja, mussten Sie liegen? Ja ☐ Nein ☐ Wie lange?
- Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja, welche und wie lange?

**Bemerkungen**: (vom Therapeuten auszufüllen)

**Verlauf der Geburt**:

- Dauer gesamt: 4 - 6 Std. 12-18 Std. länger kürzer
- Dauer in der Austreibungsphase: 20-50 min länger kürzer
- Anzahl der Presswehen:
- Komplikationen: Kaiserschnitt geplant ☐ Notkaiserschnitt ☐ Zange ☐ Glocke ☐ manuelle Hilfe Arzt/Hebamme ☐
- Apgar Werte: / / /
- pH-Wert:
- Base-Exsess:
- Geburtspräsentation: Hinterhaupt ☐ Scheitel ☐ Gesicht ☐ Steiß ☐
- Nabelschnurumwicklung: Ja ☐ Nein ☐ Lokalisation
- War die Geburt termingerecht? Ja ☐ Nein ☐ SSW ……
- Wurde eingeleitet Ja ☐ Nein ☐ Mit was ……..?
- Musste Ihr Kind im Krankenhaus betreut werden? Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja wie lange? Warum?
- Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Ja ☐ Nein ☐
- Konnten Sie ohne Probleme an beide Brüste anlegen? Ja ☐ Nein ☐

**Bemerkungen**: ( vom Therapeuten auszufüllen)

**Die ersten 24 Monate:**

- Entspricht das Schädelwachstum der Norm? Ja ☐ Nein ☐
- Wenn nein: zu groß ☐ zu klein ☐
- Passt das Längenwachstum und die Gewichtszunahme zueinander? Ja ☐ Nein ☐
- Wann konnte Ihr Kind: sich drehen von RL in BL …… LM, sich drehen von BL in RL……..LM, krabbeln……LM, sitzen……LM, stehen……LM, laufen…….LM

**Komplikationen:**

- Hat Ihr Kind oft einen Teil der aufgenommenen Nahrung ausgespuckt? Ja ☐ Nein ☐
- Leidet/litt es unter „Drei-Monats-Koliken“? Ja ☐ Nein ☐
- Leidet/litt es unter Blähungen ☐, Verstopfungen ☐, Durchfällen ☐
- Weinte es oft, ohne ersichtlichen Grund? Ja ☐ Nein ☐
- Hat Ihr Kind Probleme einzuschlafen? **Aktuell**: Ja ☐, Nein ☐, **Früher:** Ja ☐, Nein ☐
- Wie lange schläft es nachts am Stück? **Aktuell**: ……h, **Früher**: ……h

**Bemerkungen**:

**Gesundheit**

- Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt in einem Organ z.B. Herzfehler?
- Hatte Ihr Kind einen Unfall? Wenn ja, welcher Art?
- Hatte ihr Kind eine OP? Wenn ja, welcher Art?
- Kinderkrankheiten? Wenn ja, welche?
- Häufige Mittelohrentzündungen? Ja ☐, Nein ☐, Wie viele?
- Mandelentzündungen? Ja ☐, Nein ☐
- Bronchitis / Lungenentzündung? Ja ☐, Nein ☐
- Blasen / Nierenerkrankungen? Ja ☐, Nein ☐
- Fieberkrämpfe? Ja ☐, Nein ☐, Wenn ja, wie oft?
- Allergien Ja ☐, Nein ☐, Wenn ja, welche?
- Leidet Ihr Kind häufig (mehr als 5x im Jahr) an Infektionen der Atemwege?
- Ja ☐, Nein ☐, Wenn ja, an was?
- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokruppanfall, wenn ja, wie oft?
- Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

- Gab es Impfreaktionen? Ja ☐, Nein ☐, Wenn ja, welche?
- Nimmt es regelmäßig Medikamente? Ja ☐, Nein ☐ , Wenn ja welche?

**Familienanamnese**:

- Gibt es in Ihrer Familie schwere, bzw. chronische Erkrankungen, z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS, usw.? Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja, welche?
- Besteht eine familiäre Disposition für Allergien? Ja ☐,Nein ☐

**Ernährung**

- Vorliebe
- Abneigungen

**Bisherige Therapien:**

- Physiotherapie
- Ergotherapie,
- Logopädie
- Frühförderung
- Andere?

**Therapie zurzeit?**

Ja ☐, Nein ☐, Wenn ja, welche?

**Besonderheiten**:

- Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten?

(z.B. Angst, Aggressivität, Ungeduld, Hektik, lustlos, in sich gekehrt...) Wenn ja, bitte kurz schildern

**Gibt es sonstige Angaben, welche nicht abgefragt wurden, Sie uns diese aber mitteilen möchten?**

**Vom Therapeuten ausfüllen**

**Osteopathischer Befund:**

**Statik**
Spontane Lage beim Säugling:

**Haltung im Stand:**

| | |
|---|---|
| **Kopf/HWS**<br>SSB<br>Sutur<br>Intraossär<br>OAA<br>CTÜ | **Obere Extremität** |
| **Thorax/BWS**<br>Rippen<br>Diaphragma | **Thoraxorgane**<br>Mediastinum,<br>Herz<br>Lunge<br>Ösophagus |
| **Becken/LWS**<br>Ilium<br>Sacrum | **Untere Extremität** |
| **Abdomen** | **Urogenital** |

Hyper/Hypoton: +/-

Hyper/Hypomobil: +m /-m

Schmerz: