



Name Kind: _____ Geb.: _____

Name Eltern: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte Familie,
wir freuen uns auf Sie. Da es unser Ziel ist, Sie und Ihre Kinder optimal zu behandeln, benötigen wir vorab ein paar Informationen. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

1. Schwangerschaft/ Kind: Anzahl: _____ Alter der Mutter bei Geburt: _____ In-vitro-Fertilisation: Medikamente während der Schwangerschaft: Gab es extreme Stressphasen/ psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft Entbindung in der _____ Woche, Länge: _____ cm Geburtsgewicht: _____ g, Apgar: _____ / _____ / _____ PH-Wert Nabelschnur: _____	Nein Nein Nein	Ja Ja Ja
2. Die Geburt: Spontan: Eingeleitet: Kaiserschnitt: Lage des Kindes (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker): Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung: Anzahl (ca.) Presswehen: PDA/Spinalanästhesie: Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke): Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller- Handgriff): Die Nabelschnur war verschlungen: Sonstige Komplikationen:	Ja Nein Nein Nein Nein Nein Nein	Nein Ja, mit: Ja (geplant/ sekundär?) Ja Ja: Ja Ja
3. Nach der Geburt: Das Kind hat sofort geschrien: Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt: Dauer des Krankenhausaufenthaltes: _____ Tage Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen (Ikterus/Gelbsucht): Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation: Wurde das Kind beatmet? Medikamente:	Nein Ja Nein Nein Nein Nein	Ja Nein Ja Ja, warum: Ja, wie lange: Ja, welche:
4. Zur Familie Es sind genetische Veranlagungen zu bestimmten Pathologien bekannt? (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige...)	Nein	Ja/ Welche:



5. Auffälligkeiten Gibt/Gab es Stillschwierigkeiten: Bauchschmerzen/Stuhlgang kommt schlecht: Wir haben ein Speikind: Abendliche Unruhe: Unstillbares Schreien: Wie lange schläft ihr Kind- auf 24h gesehen:	Nein Nein Nein Nein Nein	Ja, welche: Ja Ja Ja Ja, _____Stunden _____Stunden
6. Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges Sofort nach der Geburt: Erst später sichtbar: Köpfchen ist abgeflacht: Überstreckt sich das Kind/macht es sich steif: Es wurde ein Hüftfehlstellung festgestellt/ breit wickeln/ Spreizhose Das Baby schaut(e) nur nach bevorzugt eine Brust dreht(e) sich nur nach bewegt beide Arme gleich Ihr Kind schläft in: Rückenlage/Seitenlage Akzeptiert Ihr Kind die Rückenlage Bauchlage	Nein Nein Nein Nein Nein Ja Ja Ja	Ja Ja Ja, wo: Ja Ja Rechts/Links Rechts/ Links Rechts/ Links Nein Nein Nein
7. Sonstige Erkrankungen: (Neurodermitis, Allergien, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, etc.)		
8. Bisherige Therapie:		
9. Name, Adresse, Telefonnummer des Kinderarztes:		
10. Name, Adresse, Telefonnummer der Hebamme:		
11. Wie haben Sie uns gefunden?:		

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____