



Sehr geehrte Familie,

wir freuen uns auf Sie.

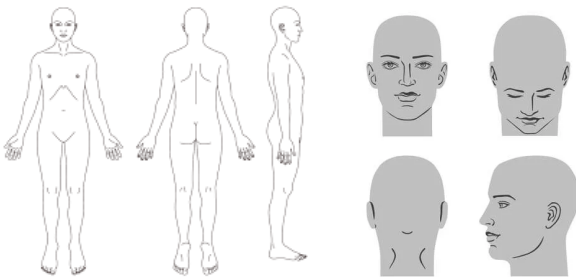
Da es unser Ziel ist, Sie und Ihre Kinder optimal zu behandeln,
benötigen wir vorab ein paar Informationen.

Diese Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank im Voraus.

Name:	Vorname Kind:
Telefon privat:	Mobil:
Geburtsdatum:	Größe/ Gewicht:
Kindergarten/ Schule:	Sport/ Hobby:

1.) Wo hat Ihr Kind seine **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind die **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Hat es **Schmerzen**? ja nein

4.) Ist die **Beweglichkeit** verändert? ja nein

5.) Was bereitet Ihrem Kind **im Alltag Beschwerden**? _____

6.) **Wie lange** bestehen die **Beschwerden** schon? _____

7.) Gab es einen **Auslöser** für die Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

8.) Was **verbessert** die Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc.)?

9.) Was **verschlechtert** die Beschwerden (siehe oben)?

10.) Wie **stark** sind die **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

11.) Hat Ihr Kind die Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

12.) Sind die Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend/**besser** werdend/**verschlechternd**

13.) Gibt es **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein

... bitte wenden

14.) Hat Ihr Kind **Kopfschmerzen**? ja nein

15.) Leidet Ihr Kind unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja nein

16.) Ist bei Ihrem Kind schon eine **Diagnose** gestellt worden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

17.) Nimmt Ihr Kind momentan **Medikamente** ein? ja nein

Welche/ Wofür? _____

18.) Gab es schon größere **Unfälle und/oder Operationen**? ja nein

Wenn ja, was und wann? _____

19.) Gibt es in Ihrer Familie genetische Veranlagungen zu bestimmten Pathologien? (Skoliose, Fußfehlstellungen)

ja nein Wenn ja, welche? _____

20.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage Physiotherapie /

Anderes: _____

21.) Ist Ihr Kind im Moment besonderen **Belastungen ausgesetzt** (familiär/ schulisch)? ja nein

22.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?
