



KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

ANAMNESE | KINDER UND HERANWACHSENDE

Bitte nehmen sich ausreichend Zeit und füllen diesen Fragebogen in Ruhe aus. Da dieser Anamnesebogen sowohl für Kleinkinder als auch für Heranwachsende erstellt wurde, genügt es, das für Ihr Kind Zutreffende anzukreuzen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen und das gelbe Untersuchungsheft (Babys) zum ersten Termin mit.

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht: männlich weiblich

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ-Ort _____

Hobbies _____

Name des Hausarztes/Therapeuten _____

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten _____

ALLGEMEINE ANGABE ZU IHNEN – Wie können wir Sie erreichen?

Name _____ Vorname _____

ggf. abweichende Adresse

Straße _____ PLZ-Ort _____

Festnetz Privat _____ Handy _____

Beruf _____ Festnetz Beruf _____

weitere Kinder

Anzahl _____ Geschlecht _____ Name _____

Schildern Sie bitte kurz, warum Sie eine osteopathische Behandlung für Ihr Kind wünschen?



KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

aktuelles Körpergewicht _____ kg, aktuelle Körpergröße _____ cm

Blutgruppe (wenn bekannt) _____ Impfstatus _____

Kinderkrankheiten _____

Schwangerschaftsverlauf

(z.B. Medikamenteneinnahme, Erbrechen, Ultraschallauffälligkeiten, Blutungen, vorzeitige Wehen)

Kindesentwicklung und Informationen zur Geburt

Spontangeburt Kaiserschnitt Zangengeburt oder Saugglocke langwierige Geburt
schnelle Geburt Komplikationen während der Geburt

wenn ja, welche _____

Besonderheiten nach der Geburt

z. B. Hämatome, Geburtstraumata _____

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

Asymmetrien des Kopfes Trink/Schluckstörung Schiefhaltungen des Körpers
Schiefhaltung des Kopfes Schielen Tränenkanalverschluss Hüftdysplasie
Koliken Gelbsucht

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein wie lange? _____

Hat Ihr Kind viel gespuckt? Ja Nein

Wie schläft das Kind?

Schwierigkeiten beim Einschlafen Ja Nein

Durchschlafen Ja Nein

Zähneknirschen Ja Nein

Mittagsschlaf Ja Nein

Einschlafhilfen, z.B. Schnuller, Daumen _____

Krabbelte Ihr Kind? Ja Nein wann _____

Kann Ihr Kind laufen? Ja Nein wann _____

Ist das Kind trocken? Ja Nein seit wann _____

Nässt das Kind noch ein? Ja Nein



KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

KRANKENGESCHICHTE, TRAUMATA UND UNFALLHISTORIE

Kopfverletzungen Stürze auf Becken/Steißbein Knochenbrüche
Fuß-, Knieluxationen Sportunfälle Auto-, Fahrradunfälle

Sonstiges _____

Weitere Erkrankungen

Erkrankungen in der Familie Ja Nein welche _____

Gendefekte Ja Nein welche _____

Allergien Ja Nein welche _____

Erkrankungen der

Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) Herz/Kreislauf Wirbelsäule-
, Gelenkschmerzen Verdauungsorgane Blase/Niere

Sonstiges _____

Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und was wurde operiert?

War/Ist Ihr Kind in zahn- /
kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Sprachfehler (z.B. Lispeln)

Ja Nein

welcher _____

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Ja Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/
Konzentrationsprobleme?

Ja Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen
(Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)? _____

Bekommt Ihr Kind zurzeit Therapien? Ja Nein

(Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc.)