



Fragebogen

Kinder < 10 J.

(zutreffendes bitte markieren/ergänzen)

Name _____

Name der Krankenkasse _____

Alter _____ Monate/Jahre

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Geburtstag |
| Geburtsgewicht _____ g |
| Geburt in der _____ten Schwangerschaftswoche |
| Dies war meine _____te Schwangerschaft |
| Hat es in der Schwangerschaft Komplikationen gegeben? (Unfälle, Infekte, Blutungen, Diabetes, Nierenkomplikationen? Wenn ja, welche? |
| Ja / Nein |
| Hat die Geburt übermäßig lange gedauert -wie viele Stunden? |
| Ja / Nein |
| Wurde bei der Geburt mit Instrumenten (Zange, Saugglocke) geholfen? Wenn ja, womit? |
| Ja / Nein |
| Kaiserschnitt |
| Ja / Nein |
| Wann ist erstmals aufgefallen, dass die Entwicklung nicht normal verläuft? |
| im Alter von _____ Wo/Mo |
| Hat der Säugling jede Körperlage akzeptiert? Welche nicht? |
| Ja / Nein |
| Hat der Säugling häufig erbrochen oder beim "Bäuerchen" Milch gespuckt? |
| Ja / Nein |
| Hat das Kind häufig Bauchkrämpfe? |
| Ja / Nein |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Beginn des Drehens (von Rücken- in Bauchlage) |
| im Alter von _____ Monaten |
| Beginn des Krabbelns |
| im Alter von _____ Monaten |
| Beginn des Laufens |
| im Alter von _____ Monaten |
| Wurde das Kind schon operiert Wenn ja, was und wo? |
| Ja / Nein |
| Besteht der Verdacht auf eine Hüftgelenkdysplasie (Störung der Hüftgelenkreifung)? |
| Ja / Nein |
| Mit welchen Methoden (Krankengymnastik o.ä.) fördern Sie Ihr Kind? Welche und wie oft? |
| Ist Ihr Kind schon manualmedizinisch / osteopathisch behandelt worden |
| Ja / Nein |
| Werden irgendwelche Medikamente eingenommen? Welche? |
| Ja / Nein |