



Osteopathiepraxis Luckert
Ulrike Luckert

Heilpraktikerin
Osteopathin (B.sc.) & Kinderosteopathin

PATIENTENFRAGEBOGEN (Kinder)

Bitte erläutern Sie stichpunktartig, unterstreichen Zutreffendes oder streichen Unzutreffendes. Bei Unklarheiten lassen Sie die Antwort offen.

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

Wo hat Ihr Kind Beschwerden/Schmerzen? Wie äußern sich diese? Seit wann bestehen sie? Durch was könnten sie ausgelöst worden sein? Was wurde bisher unternommen?

Sind Vorerkrankungen bei Ihrem Kind bekannt?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

O ja: _____ O nein

Hatte Ihr Kind: Unfälle, Stürze, Frakturen, Traumen, Operationen?

O ja: _____ O nein

Hat Ihr Kind Allergien: O ja: _____ O nein

Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten: O ja: _____ O nein

Ich bezeichne die Ernährung meines Kindes als: O vollwertig O mäßig gesund

Hat Ihr Kind eine/mehrere der folgenden Beschwerden (bitte unterstreichen):

Kopfschmerz, Schwindel, Seh-, Hör-, Riech-, Schmeck-, Schluckschwierigkeiten, Kloßgefühl, Zahnschmerzen, Knirschen, Atemprobleme, Verdauungsbeschwerden, Hautprobleme, Schlafstörung, Gereiztheit, Unruhe, Angst, Stress, familiäre Probleme, Schulprobleme, Infektanfälligkeit, Leistungsschwäche

Gibt es erblich und/oder gehäuft auftretende Erkrankungen in der Familie?

O ja: _____ O nein

Sind Sie auf natürlichem Wege schwanger geworden? O ja O nein

Haben Sie vaginal oder per Kaiserschnitt entbunden? O vaginal O Kaiserschnitt

Wurden Hilfsmaßnahmen bei der Geburt verwendet: O Zange O Saugglocke O Dammschnitt

Hatten Sie Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? O ja O nein

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente bekommen O ja: _____ O nein

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Handelte es sich um eine Mehrlingsgeburt? O ja O nein

Gab es Komplikationen unter der Geburt? O ja: _____ O nein

Haben Sie eine PDA unter der Geburt erhalten? O ja O nein

Haben Sie wehenfördernde Mittel erhalten? O ja O nein

In welcher Lage wurde Ihr Kind geboren? O Kopflage O Steißlage O andere: _____

Wie groß und schwer war Ihr Kind bei Geburt? Welchen Kopfumfang hatte es? _____

Gab es eine Notsituation nach der Geburt: O ja: _____ O nein

Haben Sie gestillt? O ja O nein

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen? O ja: _____ O nein

Spuckt Ihr Kind/ hat Ihr Kind viel gespuckt? O ja O nein

Leidet Ihr Kind/ hat Ihr Kind unter Blähungen gelitten? O ja O nein

Ist/war Ihr Kind als Baby sehr unruhig. O ja, zu folgenden Zeiten: _____ O nein

Dreht/Hat Ihr Kind den Kopf bevorzugt zu einer Seite gedreht O ja; welche: _____

Wurde Ihr Kind geimpft? O ja; gegen: _____

Gibt/gab es Entwicklungsverzögerungen in der Motorik? Beim O Robben O Krabbeln O Sitzen O Stehen O Laufen. Wie ausgeprägt war die Verzögerung: _____

Hat/hatte Ihr Kind eine: O Hüftdysplasie O Säulingskoliose O Fußdeformierung

O weiteres: _____

Gibt/gab es Schwierigkeiten beim Zahnen? O ja: _____ O nein

Gab es kieferorthopädische Eingriffe? O ja: _____ O nein

Weitere eigene Angaben:

**Ich bedanke mich herzlich für Ihre Mithilfe und
freue mich auf ein Kennen lernen!**