

# Anamnesebogen für Kinder Osteopathische Behandlung

Name des Kindes _____	Vorname _____	weibl.	männl.
Geb. am _____ in _____ das Kind lebt bei _____			
Name, Vorname der Mutter _____		geboren am _____	Beruf _____
Name, Vorname des Vaters _____		geboren am _____	Beruf _____
Strasse _____		Postleitzahl _____	Ort _____
Telefon _____		Handy _____	
Krankenkasse _____		privat. ;	Zusatzversichert _____
Das Kind ist versichert mit dem Vater ; mit der Mutter ; anders nämlich _____			
Kinderarzt/Betreuender Arzt _____			
Wichtige Infos zum Kind (z.B. Allergien, Diabetes, Epilepsie)!			

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf. durchstreichen.

Dies ist auch zum Schutz des Kindes, so dass keine (chronischen) Erkrankungen oder Unfälle vergessen werden und die Behandlung dem Kind Schaden zufügen könnte.

Der Fragebogen wird mit Ihnen ausführlich besprochen und ggf. Fehlendes noch ergänzt.

## I Vorgeburtliche Periode

### 1. Allgemeine Fragen

Hat das Kind Geschwister? Nein ; Falls ja wie alt/Geschlecht/lebt wo _____
Die wievielte Schwangerschaft war es?
Wie wurde zuvor verhütet? Gar nicht , Pille , Spirale ; Anders nämlich:

### 2. Fragen zu dieser Schwangerschaft

Fühlte sich die Mutter während der Schwangerschaft wohl? Ja ; Falls nein , was waren die Gründe?
Wurden irgendwelche Medikamente während und vor der Schwangerschaft eingenommen? Nein , falls ja , welche und warum: _____
Wurde Alkohol , Zigaretten , oder Drogen während oder vor der Schwangerschaft konsumiert? Nein Fall ja wie häufig:
Wurden vom Vater Alkohol , Zigaretten , oder Drogen konsumiert?
War die Mutter/der Vater während der Schwangerschaft glücklich?

Das muss man noch zur Schwangerschaft wissen: \_\_\_\_\_

### 3. Fragen zur Geburt des oben genannten Kindes

Erfolgte die Geburt zum erwarteten Zeitpunkt? Ja ; Nein , nämlich		
Es war eine Hausgeburt ; Geburt im Geburtshaus ; Klinikgeburt ; anderes nämlich:		
Handelte es sich um eine Spontangeburt , Geburt mit Einleitung , geplanter Kaiserschnitt , Ungeplanter Kaiserschnitt		
Wie lange dauerten die Wehen? _____ Wie begannen sie?		
Gab es verfrühte Wehen vor der Geburt? Nein ; Falls ja wann _____ Begleitet von/Auslöser (Infektion, Blutung)		
Gab es Unterbrechungen des Geburtsvorgangs? Nein ; Falls ja , warum _____		
Wurden Schmerzmittel , PDA (Rückenmarksbetäubung) , Saugglocke oder Zange benötigt?		
War die Mutter bei der Geburt wach? Ja ; Nein		
Hat die Mutter das Kind sofort nach der Geburt gesehen bekommen? Ja ; Falls nein , warum nicht		
Wie sah das Kind aus? (schlaff , munter ) Farbe? (rosig , blas , bläulich , gelblich ) Kopfform? (normal , verformt/asymmetrisch ) Usw. _____		
Wie waren die APGAR Werte?		
Gewicht:	Kopfumfang:	Größe:
Hat die Mutter das Kind sofort nach der Geburt gesehen abgelegt bekommen? Ja ; Falls nein , warum nicht		
Hatte das Kind Probleme zu saugen? Nein ; Ja .		
Hatte das Kind Problem zu atmen ? Nein ; Ja . Brauchte das Kind Sauerstoff? Nein ; Ja .		
Gab es Komplikationen? Nein ; Ja : Blutgruppeninkompatibilität ? Infektionen ? Gelbsucht ? Anderes, nämlich		
Wie wurde das Kind/ die Mutter behandelt? _____		
War die Mutter/Vater/Familie mit dem Kind glücklich?		

### II 1. Fragen zur Neugeborenen Periode

Gab es Probleme mit dem Nachhausekommen? Nein , falls ja welche	
Gab es Probleme mit dem Stillen oder der Pflege? Nein , falls ja welche/warum	
Wie oft wurde am Tag gestillt?	Wie oft nachts?
Wird das Kind derzeit gestillt? Nein falls ja , wie lange soll das Kind noch gestillt werden?	
Spuckt oder erbrach das Kind? Nein ; Falls ja wie häufig und wieviel	

Spuckt oder erbricht das Kind derzeit? Nein ; Falls ja wie häufig und wieviel

Gab es Koliken ? Durchfälle ? Verstopfungen ? Anderes:

Bestehen derzeit Koliken ? Durchfälle ? Verstopfungen ? Anderes:

Wie ernährte sich die Mutter in dieser Zeit?

Dies ist nicht wichtig, da das Kind nicht gestillt wurde/wird, sondern mit folgender Nahrung ernährt wurde/wird:

## II.2 Fragen zum Säuglingsalter

Wann und wie lange schlief/schläft das Kind Nachts?  
Und bei Tag?

Wo schlief/schläft das Kind? Eigene Wiege/Bett ; elterliches Bett ; anderes:

In welcher Position nachts: überwiegend in Rückenlage , Bauchlage , Seitenlage

Wie viele Stunden pro Tag verbringt das Kind in Rückenlage ; Bauchlage ; Seitenlage

In welchem Altern konnte das Kind den Kopf heben?

Warf das Kind den Kopf in den Nacken? Ja ; Nein . Überstreckte es den Körper nach hinten Ja ; Nein .

War es eher steif , schlaff , entspannt , unruhig , schreckhaft , lebhaft , unbeweglich , geschickt

Mochte das Kind Zärtlichkeiten Ja ; Nein . Beachtete es Sie Ja ; Nein . Ist es gerne allein Ja ; Nein .

War das Kind im Säuglingsalter an Kinderspielzeug interessiert? Ja ; Nein .

Es spielte v.a. mit

Gab es irgendwelche größeren Probleme zu dieser Zeit? Auf Seiten des Kindes, der Eltern usw. Nein Ja  
nämlich: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Entwicklung

Ab welchem Alter konnte das Kind sich im Liegen drehen?

Wann konnte es sich aufsetzen? Bis 3 Monate ; 3-5 Monate ; 6 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann konnte es alleine sitzen? Bis 6 Monate ; 6-8 Monate ; 9 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann begann es zu Robben? Bis 5 Monate ; 5-7 Monate ; 8 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann begann es zu Krabbeln? Bis 7 Monate ; 7-9 Monate ; 10 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann mit Festhalten stehen? Bis 7 Monate ; 7-9 Monate ; 10 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann konnte es allein gehen? Bis 12 Monate ; 12-14 M. ; 15 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann begann es zu sprechen? Bis 14 Monate ; 14-16 M. ; 17 Monate ; später mit \_\_\_\_\_ Monaten

## Fragen zu Unfällen, Stürzen, Verletzungen

Welche Art von Unfall geschah wann und wie kam es zu den Unfällen? (Mit 0-2; 2-6; 6-13; 14-18 Jahren)

\_\_\_\_\_

Welche Symptome zeigte das Kind? (Schmerzen, Schwellung, Schonhaltung, Konzentrationsprobleme usw):

Hatte der Unfall Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Probleme im/mit dem Kindergarten/Schulbesuch, Freundschaften usw.) nein ja

Wie wurde behandelt und war dies erfolgreich? \_\_\_\_\_

Kam es zu einer Persönlichkeitsveränderung des Kindes? Nein , Ja , Nämlich (z.B. ruhiger, zurückgezogen schreckhaft, aggressiv, usw.):

Noch zu sagen ist (ggf zusätzliches Blatt verwenden): \_\_\_\_\_

### Fragen zu Operationen

Osteopathie Pilat 4

Hatte das Kind Operationen? Nein , Ja , nämlich (was, wann): \_\_\_\_\_

Wie verlief die Operation/Narkose? Ohne Probleme ; mit Problemen nämlich: \_\_\_\_\_

Wie wurde es nach der OP behandelt?

Wie ging es dem Kind vor und nach der OP?

Kam es danach zu einer Persönlichkeitsveränderung? Nein , Ja , Nämlich (z.B. ruhiger, zurückgezogen schreckhaft, aggressiv, ängstlich usw):

### Fragen zu Impfungen

Wurde das Kind jemals geimpft? Nein: ; Ja Wurde es nach den Empfehlungen geimpft? Nein: ; Ja

Es wurde Geimpft gegen mit x Monaten (M.) Jahren (J.)

Tetanus: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ; 5-6 Jahren ; 9-17 Jahren ;  
Nicht geimpft ; anders

Diphtherie: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ; 5-6 Jahren ; 9-17 Jahren ;  
Nicht geimpft ; anders

Pertussis/Keuchhusten: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ; 5-6 Jahren ; 9-17 Jahren ;  
Nicht geimpft ; anders

Hämophilus Influenza: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ;  
Nicht geimpft ; anders

Poliom./Kinderlähmung: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ; 9-17 Jahren ;  
Nicht geimpft ; anders

Hepatitis B: Geburt , mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ; 9-17 Jahren ;  
Nicht geimpft ; anders

Pneumokokken: mit 2 M. ; 3 M. ; 4 M. ; 11-14 M. ;  
Nicht geimpft ; anders

Meningokokken: Nicht geimpft ; mit 12-23 Monaten anders

Masern/Mumps/Röteln: mit 11-14 M. ; mit 15-23 Monaten ; anders \_\_\_\_\_  
Nicht geimpft ; Einzelimpfungen gegen Röteln mit Jahren; Masern mit Jahren; Mumps mit Jahren  
Ggf. Krankheiten durchgemacht mit welchem Alter: Masern: Mumps: Röteln:

Varizellen (Windpocken): mit 11-14 M. ; mit 15-23 Monaten ; anders  
Nicht geimpft ; ggf. Krankheit mit Jahren durchgemacht

Humane Papillomviren: 12-17 Jahre Nicht geimpft ;

Traten lokale Impfreaktionen auf: Rötung , Schwellung , anderes :  
Allgemeine Reaktionen (wie lange bestehend): Müdigkeit , Weinerlichkeit , Erkältungen , Reizbarkeit ,  
Schlafstörungen , anderes nämlich: \_\_\_\_\_

Kam es danach zu einer Persönlichkeitsveränderung? Nein , Ja , Nämlich (z.B. ruhiger, zurückgezogen  
schreckhaft, aggressiv, änstlich usw):

Er wurden folgende Kinderkrankheiten durchgemacht (Alter): \_\_\_\_\_

### Fragen zu Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien beim Kind? Nein , Ja , gegen Medikamente welche: \_\_\_\_\_  
Insektengifte , Pollen , Tierhaare , anderes \_\_\_\_\_

Was tritt auf: Kreislaufzusammenbruch , Hautausschlag , gerötete Augen , allergischer Schnupfen ,  
Anderes

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten beim Kind? Nein , Ja , Kuhmilch , Milch - Fruchtzucker ,  
anderes nämlich: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden treten auf: \_\_\_\_\_

### Fragen zu Familiären Dispositionen

Gibt es familiär gehäuft auftretende Krankheiten? Nein Ja ; Infektionskrankheiten , Tuberkulose  
Verhaltensauffälligkeiten , Psychische/Geisteskrankheiten , Krebs , Diabetes , Seh- , Hörprobleme  
Rheuma ; anderes: \_\_\_\_\_

### Fragen zu den Hauptbeschwerden

Was ist das Hauptproblem? \_\_\_\_\_

Was, welches Symptom wurde zuerst beobachtet? Wann? \_\_\_\_\_

Ging eine Verletzung oder Erkrankung voraus? \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wurden bisher wo gemacht? (ggf Befunde) \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden bisher gemacht? Mit welchem Resultat? \_\_\_\_\_

### Fragen zur allgemeinen Gesundheit (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Hatte das Kind einmal länger Fieber? Nein , Ja , nämlich mit \_\_\_\_\_ Jahren; Temperaturen:

Hatte es Fieberkrämpfe? Nein , Ja , nämlich mit \_\_\_\_\_ Jahren

Das Kind leidet unter Kopfschmerzen , Bewußtlosigkeit , Schreckhaftigkeit , Irritiertheit , Unruhe , Tremor (Zittern der Hände) , Ticks (ständige Wiederholungen von Bewegungen) ; Nein nichts davon

Das Kind leidet unter epileptischen Anfällen : Petit Mal , Grand Mal ; Spastiken , Koordinationsstörungen der Sprache andere Sprachauffälligkeiten nämlich \_\_\_\_\_  
Nein nichts davon

Das Kind hat Probleme mit den Augen: Nein ; Ja : Sehprobleme , Schielen , Tendenz zum Schielen Rötung , Schwellung , häufiges Tränen , Ausfluß , Verletzungen , anderes:

Das Kind hat Probleme mit den Ohren: Nein , Ja : Hörprobleme , Schmerzen , Ausfluß , Infektionen , anderes:

Das Kind hat Probleme mit der Nase: Nein , Ja : wäßrigen oder eitrigen Ausfluß, Schwierigkeiten bei der Nasenatmung , Schnarchen , Erkältungen , vergrößerte Tonsillen , häufige Entzündungen , anderes:

Das Kind hat Probleme mit dem Mund oder Rachen: Nein , Ja : Zahnprobleme , Mundgeruch , Beläge Entzündungen im Mund , Mandelentzündungen , anderes:

**Magen-Darm-Trakt**

Das Kind trinkt eher wenig eher viel . Wieviel: \_\_\_\_\_ Was wird getrunken: \_\_\_\_\_  
Wann wird getrunken zu den Mahlzeiten zwischen den Mahlzeiten .  
Wird noch gestillt? Ja , Nein . Wie lange wurde gestillt?

Das Kind ißt eher wenig , eher viel , normal . Was wird zu den Mahlzeiten gegessen? \_\_\_\_\_

Was wird zwischen den Mahlzeiten gegessen: \_\_\_\_\_  
Wird/Wurde eine Diät gemacht? Nein , Ja (was, warum)

Wie ist die Verdauung des Kindes? Normal , Durchfälle , Verstopfung , Schmerzen , Blähungen

Sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bekannt (Hernien, Unverträglichkeiten usw.) Nein , falls ja welche

**Brust**

Das Kind hat Probleme mit der Lunge: Nein , falls Ja : Husten , Bronchitis , Lungenentzündung Asthma , Kurzatmigkeit beim Anstrengung in Ruhe , Brustschmerzen , anderes:

Das Kind hat Probleme mit dem Herzen: Nein , falls Ja : Geräusche , Missempfindungen , Schmerzen Herzerkrankungen , Cyanose (z.B. häufig blaue Lippen) , Ödeme (Schwellung: Wasser z.B. in Beinen) anderes:

**Haut**

Bestehen Probleme mit der Haut? Nein , ja : trocken , faltig , Juckreiz , Farbveränderungen , Allergien , Neurodermitis , anderes:

Bestehen Infektionen der Haut oder andere familiäre Hauterkrankungen (Psoriasis)

**Harn-und Geschlechtsorgane**

Ist das Kind tagsüber trocken? Nein , Ja seit dem Alter von \_\_\_\_\_

Ist das Kind nachts trocken? Nein , Ja seit dem Alter von \_\_\_\_\_

Wie häufig wird nachts noch eingenässt?

Besteht Harnverhalt? Nein , ja . Das Kind wurde behandelt (wann, womit, Effekt)
Hatte das Kind Blasen-/Nierenbeckenentzündungen? Nein , ja : (Alter, Häufigkeit)
Hatte das Kind Pilz bakterielle Infektionen im Genitalbereich? Nein , ja (Alter, Häufigkeit)
Frage an Mädchen: besteht schon eine Monatsblutung? Nein , ja seit _____ bestehen Probleme, Schmerzen bei der Menstruation? Nein , ja . bereits sexuelle Aktivität ?

## Muskel-Skeletsystem

Osteopathie Pilat 7

Bestehen Probleme mit den Händen , Füßen , Knie , Hüften , Rücken ; nein, nichts davon anderes:
Bestehen Probleme beim Gehen , Laufen , Sitzen , Knien , Bücken , über Kopf arbeiten
Bestehen Gelenkschmerzen , Schwellungen ? Nein , falls ja seit wann?
Sind in der Familie Erkrankungen des Bewegungsapparates bekannt (Rheuma)?

## Fragen zu den genannten Krankheiten

Welche Krankheiten hatte das Kind wann und wie wurde behandelt? _____ _____ _____
---

## Lernen

Welche Schule wird besucht? Wie sind die schulischen Leistungen?
Geht das Kind gerne zur Schule? Bleibt es häufig zu hause? Falls ja warum
Gibt es Probleme mit Schreiben , Lesen oder Rechnen ?
Wie lang kann sich das Kind konzentrieren und mit etwas beschäftigen?

## Soziale Integration

Wie kommt das Kind mit anderen Menschen zurecht?
Wie kommt das Kind mit der Mutter zurecht?
Wie kommt das Kind mit dem Vater zurecht?
Wie kommt das Kind mit den Geschwistern zurecht?
Welchen Raum/ Rolle nimmt das Kind in der Familie ein?
Hat das Kind ein heiteres, friedliches Zuhause?
Ist da Kind mit Alkohol/Drogen/Krankheiten in der Familie konfrontiert?
Leben/halten die Eltern zusammen?
Wie wird mit Disziplinfragen umgegangen?

**Gibt es noch irgend etwas zu diesem Kind zu wissen, was vergessen wurde? (auf Rückseite vermerken)**  
**Ich bin mit der Behandlung meines Kindes \_\_\_\_\_ durch Frau Pilat einverstanden**

**Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_**