

ANAMNESE Fragebogen

Für: _____ geb. am: _____. ____ 20____

Sehr geehrte Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis **ChiroBalance**. Wir freuen uns, dass Sie sich für eine chiropraktische Untersuchung Ihres Kindes entschieden haben. In der vorgeburtlichen Entwicklung oder während der Geburt selbst können Beweglichkeitsstörungen der Wirbelsäule, des Beckens oder Schädels eines Babys auftreten, die das Nervensystem negativ beeinflussen. Diese Störungen zu finden und zu korrigieren ist Anliegen eines Chiropraktors. Nie wieder entwickelt sich das Nervensystem so schnell, wie in den ersten Lebensjahren. Hier werden wichtige Weichen für die zukünftige Entwicklung gestellt. Wir freuen uns, Ihrem Baby/Kind dazu zu verhelfen, das beste Potenzial, was in ihm steckt, zu entwickeln und mit einem störungsfreien Nervensystem aufzuwachsen.

Wir haben Ihnen einen Fragebogen zusammengestellt und bitten Sie, ihn nach bestem Ermessen auszufüllen. Einfach das Zutreffende ankreuzen. Vielleicht wissen Sie nicht alle Antworten, da reicht dann ein Fragezeichen. Wenn Sie noch zusätzliche Bemerkungen haben, machen Sie eine Notiz am Rand. So können wir alles in einem gemeinsamen Gespräch erörtern.

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Kinderarzt: _____

Krankenversichert: gesetzlich Privat, bei: _____

Viele Kinderärzte und Hebammen sind schon auf die Probleme, die Gelenkblockierungen in der Frühkindheit auslösen, aufmerksam geworden und schicken ihre kleinen Patienten ggf. zur Untersuchung beim Chiropraktor. Und ebenso gibt es bereits viele Eltern, die die Chiropraktik weiterempfehlen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

(Evtl. Name der Person oder andere Quelle, wie z.B. Internet, Straßenschild etc.)

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ➤ Haben Sie bereits mit Ihrem Kind Erfahrung mit Chiropraktik gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ➤ Welches sind die Hauptbeschwerden, die Sie mit Ihrem Kind hierher führen? | | |
| <hr/> | | |
| ➤ Wann sind diese Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten? | | |
| <hr/> | | |
| ➤ Nehmen diese Beschwerden in letzter Zeit zu? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ➤ Was verschlimmert /verbessert diese Beschwerden? | | |
| <hr/> | | |
| ➤ Gab es zu einem früheren Zeitpunkt bereits dieselben
oder andere Beschwerden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| ➤ Haben Sie etwas gegen die Beschwerden unternommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, was? _____ | | |
|
 | | |
| ➤ Hatte Ihr Kind durch diese Maßnahmen Erleichterung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ➤ Wurden bei Ihrem Kind bereits bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen)
angewandt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1. Zur Familie

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (z.B. Skoliose,
Missbildungen, Scheuermann, Beinverkürzung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Bei wem? _____ | |
| Wir haben öfter Probleme mit dem Nacken/Rücken
Kopfschmerzen/Migräne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Wer? _____ | |
| Geschwister wurden bereits in der Praxis vorgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Wer? _____ | |

2. Schwangerschaft:

Die wievielte: _____ Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Dauer: _____ Wochen

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Fehllage Querlage Beckenendlage Sterngucker

Wurden Medikamente während der Schwangerschaft genommen? Ja Nein

- Wenn ja, welche? _____

3. Ergebnisse der bisherigen U – Untersuchungen beim Kinderarzt:

Aktuelle Länge des Kindes: _____ cm

Aktuelles Gewicht des Kindes: _____ g

Wurden Entwicklungsverzögerungen festgestellt? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Bereich?: Haltung und Motorik
 Sprache und Verständnis
 Konzentration, sozial

4. Die Geburt:

Ja Nein

Zwillinge/Mehrling

Die eigentliche Geburt dauerte : _____ Stunden

Es wurde eine PDA (peridural-Anästhesie) verwendet

Es wurden Hilfsmittel (Zange/Saugglocke) verwendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Geburt war ein Kaiserschnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund? _____		
Kam es zu Geburtsverletzungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		
Wurde bei der Geburt am Baby gezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, an welchem Körperteil? _____		
Wurden während oder nach der Geburt Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ingenommen? Wenn ja, welche? _____		

5. Auffälligkeiten:

	Ja	Nein
➤ Das Kind schläft nicht gut ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Einschlafdauer? _____		
➤ Das Kind wacht oft mit Schreien auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Wie oft? _____		
➤ Existiert eine bestimmte Schlafhaltung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Welche? _____		
➤ Gibt oder gab es Stillschwierigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ An einer bestimmten Seite? <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Rechts		
➤ Das Baby schluckt(e) viel Luft beim Saugen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Baby spuckt(e) auffällig viel/oft oder sabbert(e) viel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Wir haben / hatten ein „Schreikind“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Es hat(e) 3-Monats-Koliken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Unser Kind ist empfindlich am Kopf/Nacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z.B. beim Anziehen oder Aufsetzen der Mütze)		

- | | Ja | Nein |
|---|----------------|-----------------|
| ➤ Unser Kind hat(te) eine haarlose Stelle am Hinterkopf | O | O |
| ➤ Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner | O | O |
| ➤ Unser Kind hat(te) eine asymmetrische Körperhaltung | O | O |
| ➤ Der Hinterkopf ist einseitig flacher | O | O |
| ➤ Unser Kind benutzt beide Hände und Beine gleich | O | O |
| ➤ Als Baby schaute es vermehrt nach | O Links | O Rechts |
| ➤ Unser Kind dreht(e) sich nur nach | O Links | O Rechts |
| ➤ Das Kind krabbelte im Alter von _____ Monaten | O gar nicht | |
| ➤ Das Kind konnte im Alter von _____ Monaten laufen | | |
| ➤ Das Kind hat/hatte erschwerten Stuhlgang | O | O |
| ➤ Das Kind war sauber im Alter von _____, _____ Jahren | | |

6. Sonstige gesundheitliche Angaben:

Wie lange wurde ausschließlich gestillt? _____ Monate

Wurde Ihr Kind geimpft? **O Ja** **O Nein**

○ Wenn ja:

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? **O Ja** **O Nein**

○ Wenn ja:

Welche? _____ Seit wann? _____

Unser Kind leidet an:

- Rachenwegs- Augeninfektionen Mittelohrentzündungen
 Neurodermitis Sehschwäche Schwerhörigkeit
 Neurologische Erkrankungen Allergien Was? _____
 Kopfschmerzen - Wenn ja: Wie oft? _____ pro Woche

Das Kind ist schon einmal aus größerer Höhe gefallen oder hatte einen Unfall?

Ja Nein (Wenn ja, Beschreibung):

Ich bestätige hiermit, den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie, dass sich für Kinder ab 5 Jahren
auf der nächsten Seite ein Zusatzfragebogen befindet.

Zusatzfragen für Kinder ab 5 Jahren:

	Ja	Nein
➤ Das Kind macht manchmal noch in die Hose/ ins Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Kind klagt über juckende Kleidung, besonders Schilder in der Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Kind scheint sehr geräusch- /lichtempfindlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Kind scheint feinmotorisch sehr ungeschickt oder angestrengt bei feinmotorischen Aufgaben (Schere, Stift)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Unser Kind ist sehr laut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Unser Kind ist in kieferorthopädischer Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Kind stößt sich oft oder stolpert oft, ist ungeschickt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Es ist unmöglich für das Kind, still zu sitzen/zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Kind hat Balanceprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schulkinder:

➤ Das Konzentrieren fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Das Sehen, Lesen oder Schreiben strengt stark an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Die Schule macht meistens Spaß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Lieblingsfach/-fächer? _____		
➤ Hobbys? _____		