



Karen Bergmann
Praxis für Osteopathie & Ganzheitliche Therapie

Anamnesebogen für Neugeborene und Säuglinge

Liebe Eltern,

Herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen vorab diesen Fragenbogen in Ruhe aus, damit ich mir ein umfassendes Bild zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes machen kann. Bitte bringen Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag evtl. vorhandenen Therapieberichte etc. zum ersten Behandlungstermin mit!

Allgemeine Angaben Kind

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtskrankenhaus:

Datum Ersttermin:

Aus welchem Konsultationsgrund wünschen Sie eine osteopathische Behandlung?

Welche Untersuchungen und Therapien wurden bisher schon bzgl. Ihres Anliegens durchgeführt?

1. Familienanamnese

1. familiäre Vorerkrankungen (z.B. Gendefekte, neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck etc.):
2. chronische Wirbelsäulenerkrankungen der Eltern:

2. Schwangerschaftsverlauf

1. War es für Sie einfach schwanger zu werden?
2. Gab es besondere Ereignisse in der Schwangerschaft? (Hochzeit, Todesfall, Trennung, Unfälle, anstrengendes Arbeitsverhältnis etc.)
3. Haben Sie in der Schwangerschaft auf eine gesunde Lebensführung geachtet? (Bsp. gesunde Ernährung, Rauchen/Alkohol, Bewegung etc.)
4. Haben Sie Medikamente nehmen müssen? Wenn ja, welche?
5. Gab es organische Probleme in der Schwangerschaft?
6. Welche Besonderheiten hatte Ihre Schwangerschaft? Hatten Sie Bsp. vorzeitige Wehen, Übelkeit, Erbrechen, Operationen, Bluthochdruck, Diabetes, Erkrankungen etc.?

7. Ab wann waren regelmäßige Kindsbewegungen zu spüren?
8. Gab es eine bevorzugte Kindslage?
9. Wurde eine externe Wendung/ Drehung durchgeführt?
10. Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen einen Grund zur Verunsicherung/ Besorgnis?
11. Wie häufig wurden die Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und warum?
12. War der Eintritt ins Becken zeitgerecht?
13. Gab es Wirbelsäulenprobleme in der Schwangerschaft?

3. Geburt/ Entbindung:

1. In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?
2. War es eine normale Geburt?
3. War es eine Kaiserschnittgeburt (geplant/ ungeplant/ Notkaiserschnitt)?
4. Aus welcher Kindslage wurde Ihr Kind geboren? Welche Position hatte dabei die Mutter?
5. Nur für Zwillingsskinder:
Bei spontaner Entbindung: Wer wurde zuerst geboren?
Bei Kaiserschnitt: Wurde das untenliegende Kind zuerst geboren?
6. Gab es einen frühzeitigen Blasensprung? Wenn ja, wann?
7. Wurde die Geburt eingeleitet?
8. Hat sich der Muttermund gut geöffnet?
9. Wurden Medikamente (z.B. PDA, Antibiotika, Schmerzmittel, Wehenverstärker...) eingesetzt?
10. Wurde während der Entbindung ein Druck auf den Bauch (Kristeller Handgriff) ausgeübt?
11. Gab es Auffälligkeiten im Fruchtwasser?
12. Kam eine Saugglocke oder eine Zange zur Anwendung?
13. Gab es Schnitte oder Risse im Damm und vaginalbereich?
14. Gab es eine Nabelschnurumwicklung?
15. Wie haben Sie die Geburt empfunden?

4. Nach der Geburt

1. Hatten Sie nach der Geburt sofort Kontakt mit Ihrem Kind?
2. Hat Ihr Kind nach der Geburt sofort geschrien? Wenn ja, war der erste Schrei kräftig oder zaghaft?
3. Musste Ihr Baby nach der Geburt medizinisch versorgt werden? Wenn ja, was wurde veranlasst?
4. Wie war die Schädelform?
5. Gab es eine Gesichtasymmetrie?
6. Wann wurde Ihr Kind nach der Geburt abgenabelt? Sofort oder pulsierte die Nabelschnur aus?
7. Hatte Ihr Kind Schwellung/ Blutergüsse? Wenn ja, wo?
8. Gab es nach der Entbindung Anpassungsschwierigkeiten, wie z.B. Gelbsucht, Störungen in der Wärmeregulation, eine gestörte Blutzuckerregulation?
9. Wann haben Sie Ihr Kind das erste Mal gestillt? Gab es dabei Schwierigkeiten?
10. Bitte übertragen Sie die Werte aus der U1/U3:
Größe: Kopfumfang: Nabelschnur-pH-Wert:
Gewicht: APGAR: U3: HG: rechts: links:
11. Gab es besondere Hinweise vom Arzt oder von der Hebamme? Wenn ja, welche?

5. erstes Lebensjahr

1. Gab es Asymmetrien nach der Geburt? Wenn ja, wie lange und an welchem Körperteil haben diese bestanden?
2. Hat/ Hatte Ihr Kind eine bevorzugte Haltung des Kopfes/ Rumpfes beim Stillen und Schlafen?
3. Wie ist das Schlafverhalten? Gibt es bestimmte Rituale um gut einschlafen zu können? Schläft es selbstständig ein?
4. Schielt Ihr Kind (andauernd/ zeitweilig)?
5. Gab es Auffälligkeiten mit der Verdauung Ihres Kindes, wie z.B. Blähungen, Koliken?
6. Saugt und schluckt Ihr Kind normal?
7. Wie wird/ wurde Ihr Kind ernährt? Flasche oder gestillt?
8. Konnten Sie mit beiden Brüsten gut stillen?
9. Wurde die Flasche gut angenommen?
10. Speit Ihr Kind? Wenn ja, wann und wie?
11. Kommen oft Schmatz Geräusche oder verschlucken vor?

12. Wann haben Sie mit der Gabe der Beikost begonnen? Hat die Umstellung gut funktioniert?
13. Wann kamen die ersten Zähne? Welche waren die ersten?
14. Lutscht Ihr Kind am Daumen? Saugt ihr Kind am Nuckel?
15. Hat Ihr Kind besondere Angewohnheiten (Schlagen, Kratzen etc.)?
16. Kam es zu einer regelmäßigen Zunahme des Umfangs des Schädels?
17. Wie haben Sie Ihr Kind im ersten Lebensjahr wahrgenommen – unruhig, angespannt, teilnahmslos?
18. Hat es viel geschrien?
19. Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt? Sind anschließend Komplikationen aufgetreten?
20. Verläuft das Wachstum normal?

6. Motorische Entwicklung

Konnten Sie zu den folgenden Fragen Auffälligkeiten beobachten, z.B. in der Ausführung von Bewegungen hat es eine Lieblingsseite?

1. Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Rückenlage in die Bauchlage gedreht?
2. Über welche Seite und wann hat es sich zuerst von der Bauchlage in die Rückenlage gedreht?
3. Ab wann hat Ihr Kind die Bauchlage zum Spielen benutzt?
4. Ab wann hat Ihr Kind den Unterarm- und Stütz der Hand benutzt? Hat es dabei beidseitig gestützt?
5. Welche Seite wurde zuerst beim Drehen in Bauchlage mit und gegen den Uhrzeigersinn benutzt?
6. Ist Ihr Kind gerobbt? Ab welchen Lebensmonat?
7. Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ab welchen Lebensmonat?
8. Benutzt es beide Arme und Beine dabei gleichmäßig und harmonisch?
9. Wie verlief das Gehen lernen (seitliches Laufen, Laufen vorwärts an den Händen, freies Laufen ohne Hilfe)? Ab welchen Lebensmonat ging es?

7. Sozialverhalten

Beschreiben Sie kurz den Charakter Ihres Kindes? Ist es beispielsweise immer in Aktion, entspannt, redet es viel?

8. Wahrnehmung

1. Hat Ihr Kind Freude an Bewegung? Sind die Bewegungen eher tapsig oder unförmig? Sind die Bewegungen der Situation angepasst, wie z.B. zu langsam oder zu schnell?
2. Mit welchem Spielzeug spielt Ihr Kind am liebsten? Verwendet es dabei lieber weiches oder festes Spielzeug?
3. Wenn Sie Ihr Kind rufen, schaut es dann zu Ihnen? Kann es Sie gut hören?
4. Wie reagiert Ihr Kind in bestimmten Situationen überschießend oder unangepasst? Haben Sie feststellen können, was die Ursachen auf eine Reizüberflutung sein können, wie z.B. Licht, Lautstärke, Wasser, aufbrausende Reaktionen oder Ekel auf Gerüche?
5. Sitzt Ihr Kind krumm?

9. Sprachentwicklung

Wann hat Ihr Kind angefangen die ersten Worte zu sprechen?

Ich bedanke mich für Ihre Zuarbeit, Ihr Vertrauen und freue mich auf den bevorstehenden Termin!

Mit freundlichen Grüßen,

Karen Bergmann