



Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin
SUSANNE STOLZ

CHIROPRACTIC
OSTEOPATHIE
MASSAGEN
HOMÖOPATHIE
EMA-TRAINING

Osteopathie für Ihr Baby/Kind – Anamnesebogen

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Eltern: _____

Straße, PLZ.-Ort: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Name Kinderarzt/Therapeut _____

Anschrift Kinderarzt/Therapeut _____



SUSANNE
STOLZ

ZERTIFIZIERTE
OSTEOPATHIN
257

Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, müssen wir in Rechnung stellen.

Informationen zu Ihrer Geburt: Körpergröße_____ / Gewicht_____ / Kopfumfang_____

- ☐ Spontangeburt
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ Zangengeburt
- ☐ Saugglocke
- ☐ langwierige Geburt
- ☐ schnelle Geburt
- ☐ Komplikation z. B. Sauerstoff (zyanotisch) während der Geburt – wenn ja, welche?

☐ Besonderheiten nach der Geburt? – z.B. Hämatome

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- | | |
|---|---|
| ☐ Asymmetrien des Kopfes | ☐ Trink/Schluckstörung |
| ☐ Schiefhaltungen des Körpers | ☐ Schiefhaltung des Kopfes |
| ☐ Schielen | ☐ Tränenkanalverschluss |
| ☐ Augensenkung | ☐ Schulterluxation |
| ☐ Hüftdysplasie | ☐ Koliken |
| ☐ Gelbsucht | ☐ Ohrenentzündungen |
| ☐ motorische Auffälligkeiten (welche?) | |

☐ andere schwere Infektionen – welche?

Krabbelte Ihr Kind?

- ☐ Ja ☐ Nein

Krankengeschichte

Traumata und Unfallhistorie

- | | |
|---|--|
| ☐ Kopfverletzungen | ☐ Stürze auf Becken/Steinbein |
| ☐ Knochenbrüche | ☐ Fuß-, Knieluxationen |
| ☐ Sportunfälle | ☐ Auto-, Fahrradunfälle |

☐ Sonstiges _____

Weitere Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| ☐ Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) | |
| ☐ Herz-Kreislauf | ☐ Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen |
| ☐ Verdauungsorgane | ☐ Blase/Niere |
| ☐ Menstruationsbeschwerden ♀ | ☐ Urogenitalorgane ♂ |

☐ Sonstiges _____

Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurde=> wann, was und wie wurde operiert?

War/Ist Ihr Kind in zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind Augenschmerzen/Sehprobleme?

- ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/ Konzentrationsprobleme?

☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen (Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)? _____

Welche Therapien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie,.....)?

Hiermit stimme ich der osteopathischen Behandlung und Atlasterapie meines Kindes zu!

Mandelbachtal, _____

(Unterschrift Erziehungsberechtigte)