



## Patientenfragebogen Kinder Amerikanischen Chiropraktik & Osteopathie Schwetzingen

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.  
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vorname des Kindes

Vorname der Eltern

Nachname des Kindes

Nachname der Eltern

Geburtsdatum des Kindes

Geburtsdatum der Eltern

PLZ                      Ort

Straße

Telefon

E-Mail

Anzahl der Geschwister

Männlich / Weiblich (Ihr Kind)

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Gesetzlich Versichert bei .....

Privat Versichert

Zusatzversicherung

Krankenversicherung (bitte ankreuzen)

Geburtsgewicht .....

Geburtsgröße .....

Aktuelles Gewicht .....

Aktuelle Größe .....

GEBURTSLAGE       Scheitellage       Steißlage       Querlage       Gesichtslage

GEBURTSART       Vaginalgeburt       Zangengeburt       Kaiserschnitt       Saugglocke

**1|** PROBLEME WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT:

---

---

**2|** PROBLEME BEI DER EMPFÄNGNIS:

---

---

**3|** WAREN NACH DER GEBURT FOLGENDE ANZEICHEN VORHANDEN?

- Neugeborenenengelbsucht       Zyanose       Angeborene Anomalien

Wenn ja, bitte erklären: \_\_\_\_\_

---

---

**4|** ERNÄHRUNG DES KINDES

- Brust       Flasche / Produkt: \_\_\_\_\_

**5|** WIE VIELE STUNDEN SCHLÄFT DAS KIND NACHTS?

Stunden: \_\_\_\_\_

- gut       mittel       schlecht

**6|** HEBAMME/ GEBURTSHELFER:

---

**7|** KINDER-/ FAMILIENARZT:

---

**8|** IMPFUNGEN:

---

**9|** WIE OFT HAT DAS KIND ANTIBIOTIKA ERHALTEN?

- in den letzten 6 Monaten: \_\_\_\_\_       im Laufe des Lebens: \_\_\_\_\_

**10|** ENTBINDUNG/ GEBURTSVERLAUF:

---

## 11| WURDE DAS KIND JEMALS IN DIE NOTAUFNAHME GEBRACHT?

- Ja, \_\_\_\_\_  Nein

## 12| BABY (0 BIS 1 JAHR)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Kann das Köpfchen nicht halten | <input type="radio"/> hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x täglich)          |
| <input type="radio"/> Hat eine Liegeglatze           | <input type="radio"/> Pofalte ist schief  |
| <input type="radio"/> Rücken überstreckt sich stark  | <input type="radio"/> zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)                     |
| <input type="radio"/> Liegt nur auf dem Bauch        | <input type="radio"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung                             |
| <input type="radio"/> Hat Blähungen/ Koliken         | <input type="radio"/> Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinanderfolgenden Tagen)   |
| <input type="radio"/> Schläft nicht durch            | <input type="radio"/> Schläft schlecht ein <input type="radio"/> Schläft kurz und unruhig |

## 13| KLEINKIND (1 BIS 6 JAHRE)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hat das Krabbeln ausgelassen   | <input type="radio"/> Zehenspitzenläufer                              |
| <input type="radio"/> Hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt  | <input type="radio"/> Zeigt außergewöhnliche Reaktionen nach Impfung  |
| <input type="radio"/> Hat mit 18 Monaten oder später laufen gelernt  | <input type="radio"/> Bettnässen (über das Alter von 5 Jahren hinaus) |
| <input type="radio"/> Lutscht noch am Daumen (noch nach dem 5. Lj)   | <input type="radio"/> Häufige Ohren- und Naseninfektionen             |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen   | <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren          |
| <input type="radio"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe  | <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen             |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 bis 7 Jahren hinaus |   |
| <input type="radio"/> Allergien? Wenn ja, welche? _____  |   |

## 14| SCHULKIND (AB 6 JAHRE)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Leseschwierigkeiten               | <input type="radio"/> Schreibschwierigkeiten      | <input type="radio"/> Abschreibeschwierigkeiten |
| <input type="radio"/> Rechenschwierigkeiten             | <input type="radio"/> Konzentrationsmangel        | <input type="radio"/> Unruhe                    |
| <input type="radio"/> Wahrnehmungsstörungen             | <input type="radio"/> Probleme im Sportunterricht | <input type="radio"/> Reiseübelkeit             |
| <input type="radio"/> Trägt eine Zahnspange seit: _____ |   |   |

## 15| HAT DAS KIND WÄHREND DES SPORTS JEMALS EINE VERLETZUNG ERLITTEN?

- Ja, \_\_\_\_\_  Nein

## 16| HAT DAS KIND SICH JEMALS BEI EINEM AUTOUNFALL VERLETZT?

- Ja, \_\_\_\_\_  Nein

## 17| GRUND DES BESUCHES IN UNSERER PRAXIS:

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier
- Meine **Hauptbeschwerden** sind: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## LITT DAS KIND JEMALS AN FOLGENDEN KRANKHEITEN?

|                             |                       |                            |                       |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| KOPFSCHMERZEN               | <input type="radio"/> | SCHNUPFEN/ GRIPPE          | <input type="radio"/> |
| ORTHOPÄDISCHE PROBLEME      | <input type="radio"/> | KOLIKEN                    | <input type="radio"/> |
| NACKEN-PROBLEME             | <input type="radio"/> | KNOCHENBRÜCHE              | <input type="radio"/> |
| OHNMACHT / BEWUSSTLOSIGKEIT | <input type="radio"/> | VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN | <input type="radio"/> |
| ARM / PROBLEME              | <input type="radio"/> | VERDAUUNGSSTÖRUNGEN        | <input type="radio"/> |
| BEIN / PROBLEME             | <input type="radio"/> | MAGENSCHMERZEN             | <input type="radio"/> |
| HERZPROBLEME                | <input type="radio"/> | RÜCKFLUSS                  | <input type="radio"/> |
| GELENK / PROBLEME           | <input type="radio"/> | VERSTOPFUNG                | <input type="radio"/> |
| KRAMPFANFÄLLE               | <input type="radio"/> | DURCHFALL                  | <input type="radio"/> |
| CHRONISCHE OHRENSCHMERZEN   | <input type="radio"/> | DIABETES                   | <input type="radio"/> |
| RÜCKENSCHMERZEN             | <input type="radio"/> | BLUTHOCHDRUCK              | <input type="radio"/> |
| NASENNEBENHÖHLEN / PROBLEME | <input type="radio"/> | BLUTARMUT / ANÄMIE         | <input type="radio"/> |
| SCHLECHTE KÖRPERHALTUNG     | <input type="radio"/> | BETTNÄSSEN                 | <input type="radio"/> |
| ASTHMA                      | <input type="radio"/> | ADS / ADHS                 | <input type="radio"/> |
| SKOLIOSE                    | <input type="radio"/> | RISSE/ BRÜCHE/ HERNIEN     | <input type="radio"/> |
| PROBLEME BEIM LAUFEN        | <input type="radio"/> | MUSKELSCHMERZEN            | <input type="radio"/> |
|                             |                       | WACHSTUMSSCHMERZEN         | <input type="radio"/> |

ALLERGIE AUF \_\_\_\_\_

ANDERES \_\_\_\_\_

OPERATIONEN \_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE \_\_\_\_\_

UNFÄLLE \_\_\_\_\_

FAMILIENGESCHICHTE \_\_\_\_\_

## HAT DAS KIND AN EINER DER FOLGENDEN RÜCKENMARKSTRAUMATA GELITTEN?

|                               |                       |                             |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| STURZ MIT EINER LAUFLERNHILFE | <input type="radio"/> | STURZ VON DER RUTSCHE       | <input type="radio"/> |
| STURZ VON BETT/ COUCH         | <input type="radio"/> | STURZ VOM HOCHSTUHL         | <input type="radio"/> |
| STURZ MIT SKATEBOARD/ INLINER | <input type="radio"/> | TREPPENSTURZ                | <input type="radio"/> |
| STURZ VON DER SCHAUKEL        | <input type="radio"/> | STURZ VON DER WICKELKOMMODE | <input type="radio"/> |
| STURZ AUS DEM KINDERBETT      | <input type="radio"/> | STURZ VOM KLETTERGERÜST     | <input type="radio"/> |
| FAHRRADSTURZ                  | <input type="radio"/> | ANDERE                      | <input type="radio"/> |