



## Patientenfragebogen Kind Chiropraktik & Osteopathie

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

Name, Vorname: (Kind) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: (Kind) \_\_\_\_\_

Name, Vorname: (Eltern) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: (Eltern) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name (und ggf. Anschrift) des Erziehungsberechtigten/  
des Versicherten angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Krankenversicherung:

- Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler.
- Private Zusatzversicherung für Heilpraktiker:  
Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.  
Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.
- Privat: Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.  
Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Wodurch kennen Sie uns? \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrem Kind

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtsgröße: \_\_\_\_\_  
Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_

### 1. Probleme bei der Empfängnis:

---

---

### 2. Probleme während der Schwangerschaft:

---

---

### 3. Waren nach der Geburt folgende Anzeichen vorhanden?

Wenn ja, bitte erklären: \_\_\_\_\_

---

- Neugeborenenengelbsucht     Zyanose     Angeborene Anomalien

### 4. Ernährung des Kindes:

- Brust     Flasche/Produkt:

### 5. Wieviele Stunden schläft das Kind nachts? Wieviele 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 Jahre)

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

## 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             |
- Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 bis 7 Jahren hinaus
- Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### 14. Schulkind (ab 6 Jahre)

- Leseschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeiten
- Wahrnehmungsstörungen
- Schreibschwierigkeiten
- Konzentrationsmangel
- Probleme im Sportunterricht
- Abschreibeschwierigkeiten
- Unruhe
- Reiseübelkeit

Trägt eine Zahnsperre 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?

- Das Kind hat keine Beschwerden, es ist aus prophylaktischen Gründen hier
- Die Hauptbeschwerden des Kindes sind: \_\_\_\_\_

#### 18. Litt das Kind jemals an folgenden Krankheiten?

- Kopfschmerzen
- Orthopädische Probleme
- Nacken-Probleme
- Ohnmacht / Bewusstlosigkeit
- Armprobleme
- Beinprobleme
- Herzprobleme
- Gelenkprobleme
- Krampfanfälle
- Chronische ohrenschmerzen
- Rückenschmerzen
- Nasennebenhöhlenprobleme
- Schlechte Körperhaltung
- Asthma
- Skoliose
- Probleme beim Laufen
- Schnupfen/ Grippe
- Koliken
- Knochenbrüche
- Verhaltensauffälligkeiten
- Verdauungsstörungen
- Magenschmerzen
- Rückfluss
- Verstopfung
- Durchfall
- Diabetes
- Bluthochdruck
- Blutarmut / Anämie
- Bettnässen
- ADS / ADHS
- Risse/ Brüche/ Hernien
- Muskelschmerzen
- Wachstumsschmerzen

Allergie auf: \_\_\_\_\_  
 Anderes: \_\_\_\_\_  
 Operationen: \_\_\_\_\_  
 Medikamente: \_\_\_\_\_  
 Familiengeschichte: \_\_\_\_\_

19. Litt das Kind jemals an folgenden Krankheiten?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 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                      |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Von medizinischer Fachkraft auszufüllen:

		rechts	links
Blutdruck	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sauerstoffsättigung	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balance	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pupillenreaktion	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>