



## BABY

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf dieser Seite, damit wir Ihrem Kind besser helfen können.

Vor- / Nachname des Patienten: ..... Geburtsdatum: .....

Vor- / Nachname des Versicherten: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Beruf: ..... Hobby/Sport: .....

Tel. privat: ..... Tel. dienstl.: .....

Tel. mobil: ..... Krankenkasse: .....

E-Mail: ..... wenn privat versichert: Beihilfe  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Kinderarzt: ..... Medikamente: .....

Diagnose:

### 1. Familie

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt  ja  nein Bei wem? .....

(z.B. Skoliose, Missbildungen, Beinverkürzungen)

Wir haben öfter Probleme mit dem Nacken/Kreuz  ja  nein Wer? .....

(z.B. Nacken-/Kopfschmerzen, Migräne)

Geschwister wurden schon hier vorgestellt  ja  nein

### 2. Schwangerschaft

Wievielte Schwangerschaft ..... Alter der Mutter bei Geburt ..... Jahre

Dauer der Schwangerschaft ..... Wochen Geburtsgewicht ..... g Länge ..... cm

Fehl- oder Querlage  ja  nein Welche? .....

### 3. Geburt

Mehrling  ja  nein Die eigentliche Geburt (Presswehen) dauerte Stunden .....

Es wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet  ja  nein Welche? .....

Die Geburt war ein Kaiserschnitt  ja  nein Warum? .....

Es kam zu Geburtsverletzungen/Kind  ja  nein Welche? .....

### 4. Auffälligkeiten

Unser Kind schläft nicht gut ein  ja  nein Einschlafdauer .....

Unser Kind wird im Schlaf oft wach  ja  nein Einschlafdauer .....

Es wird eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen  ja  nein Welche? .....

Beim Stillen gibt/gab es an einer Seite Schwierigkeiten  ja  nein An welcher? .....

Es trinkt aus der Flasche  ja  nein

Unser Kind trinkt/isst wenig oder schlecht  ja  nein

Es sabbert viel oder spuckt oft  ja  nein

Wir habenein „Schreikind“  ja  nein

Es hat/hatte „Drei-Monats-Koliken“  ja  nein

Unser Kind ist empfindlich am Nacken  ja  nein  
(z.B. beim Anziehen)

Unser Kind rauft sich öfter die Haare  ja  nein

Unser Kind kann Augenkontakt halten  ja  nein

Unser Kind verfolgt mit den Augen  ja  nein

(z.B. Gegenstände)



## BABY

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf dieser Seite, damit wir Ihrem Kind besser helfen können.

### 5. Sonstiges

Schnuller/Schnullerkette  ja  nein  
 Unser Kind wird gesetzt  ja  nein

### 6. Sonstige Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an neurologischen Erkrankungen  ja  nein  
 Unser Kind hat oft den Mund offen  ja  nein

### 7. Asymmetrie, Fehlhaltungen

Sofort bei Geburt sichtbar  ja  nein  
 Wir haben das erst später gesehen  ja  nein  
 Wir wurden darauf aufmerksam gemacht  ja  nein Von wem? \_\_\_\_\_  
 (Arzt, Hebamme, Physiotherapeut)  
 Uns viel besonders Folgendes auf  
 (schiefer Kopf, Rumpf, Bein-/Armhaltung etc.)  
 Unser Kind schaut nur nach rechts/links  ja  nein  
 Unser Kind bewegt beide Arme gleich  ja  nein Welchen weniger? \_\_\_\_\_  
 Unser Kind bewegt beide Beine gleich  ja  nein Welches weniger? \_\_\_\_\_  
 Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner  ja  nein rechts/links  
 Der Hinterkopf ist flacher  ja  nein rechts/links  
 Hüftgelenke i.O. beide  ja  nein rechts/links  
 Breiter Wickeln  ja  nein  
 Tübinger Schiene  ja  nein  
 Hörscreening i. O.  ja  nein

### 8. Bisherige Therapie

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss.  
 Die aushängenden Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.  
 Ich wünsche, bis auf schriftlichen Widerruf, den Versand von Dokumenten (z.B. Therapieberichte) an mitbehandelnde  
 Ärzte / Überweiser per E-Mail:  ja  nein

Datum: ..... Unterschrift: .....

