



KIND

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

Fehllage/Querlage ja nein Welche?

Komplikationen 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 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

Unser Kind rauft sich öfter die Haare ja nein



KIND

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

5. Sonstige Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|-------|
| Rachenwegsinfekten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Seit wann? | _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | An welchen? | _____ |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wie oft? | _____ |
| Neurologischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | An welchen? | _____ |
| Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |

Unser Kind

- | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| trägt eineBrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Seit wann? | _____ |
| hat oft den Mund offen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |

Unser Kind zeigt Entwicklungsverzögerungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| bei Haltung und Bewegung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| bei Sprache und Verständnis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| bei Konzentration, sozialen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

6. Asymmetrie, Fehlhaltungen

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 bewegt beide Arme gleich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welchen weniger? | _____ |
| Unser Kind bewegt beide Beine gleich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welches weniger? | _____ |
| Der Hinterkopf ist flacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | rechts/links | |
| Hüftgelenke i.O. beide | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | rechts/links | |

7. Sonstiges

Unser Kind ist Rechtshänder/Linkshänder
 Trägt/trug eine Zahnsperre 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:

Sie können dieses Formular online
 ausfüllen und direkt an uns senden.

Formular senden

