Chiropraktik Zentrum Hannover
Bödekerstraße 3, 30161 Hannover

Patienten Nr. ☐

Anamnesebogen Neugeborene, Säuglinge

…… Datum

…… …… ……
Name Vorname Geburtsdatum

……
Name der Erziehungsberechtigten

…… …… ……
Straße/Hausnummer PLZ / Wohnort E-Mail

…… …… ……
Telefon privat beruflich Handy

Versicherung: gesetzlich: ☐ privat: ☐ Beihilfe: ☐ Name der Versicherung: ……

Röntgenbilder vorhanden – von? ……

FAMILIE

Haben Sie weitere Kinder? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchem Alter? ……

Waren Sie oder Ihre Kinder bereits in chiropraktischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Wie haben Sie von unserer Praxis gehört? ……

Welche Bedenken haben Sie hinsichtlich der Gesundheit Ihres Kindes?

……

SCHWANGERSCHAFT

Benötigten Sie Medikamente während der Schwangerschaft?

Nein ☐ wenn ja, welche? ……

Gab es Komplikationen während Ihrer Schwangerschaft?

Nein ☐ wenn ja, welche? ……

GEBURT

Die Geburt Ihres Kindes kann auf potentielle Probleme hinweisen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich der Geburt.

Ort der Geburt: ……

Medikamente während der Geburt: ……

Lage des Babys bei Geburt: Schädellage ☐ Beckenendlage ☐ Querlage ☐

Zeitpunkt der Geburt: Frühchen ☐ zum errechneten Termin ☐ nach errechnetem Termin ☐

Kaiserschnitt: Ja ☐ Nein ☐ Zange: Ja ☐ Nein ☐ Saugglocke: Ja ☐ Nein ☐

Andere: ……

Gab es weitere Komplikationen bei der Geburt?

Nein ☐, wenn ja, welche? ……

Geburtsgewicht: …… Apgar Wert: ……

Wie lange dauerte die Geburt? ……

Wie lange und wie oft mussten Sie „pressen“? ……

War die Kopfform Ihres Kindes nach der Geburt verändert? Ja ☐ Nein ☐

GEBURT BIS 6 MONATE

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Ihr Kind mit einem Fläschchen gefüttert? Ja ☐ Nein ☐

Gibt/ gab es Probleme beim Stillen oder Füttern?

Nein ☐ , wenn ja, welche? ……

Leidet/Litt Ihr Kind unter Koliken? Nein ☐ Wenn ja, wie schlimm? leicht ☐ moderat ☐ schwer ☐

Leidet/ Litt Ihr Kind unter Reflux? Nein ☐ Wenn ja, wie schlimm? leicht ☐ moderat ☐ schwer ☐

Wie schläft/ schlief Ihr Kind? Sehr gut ☐ gut ☐ durchschnittlich ☐ kaum ☐ sehr wenig ☐

ANAMNESE

Neigt Ihr Kind zu Unfällen? Ja ☐ Nein Hatte Ihr Kind erhebliche Stürze? Ja ☐ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein ☐ , wenn ja, welche? ……

Musste Ihr Kind jemals ins Krankhaus?

Nein ☐ , wenn ja, warum?……

Wurde Ihr Kind jemals operiert?

Nein ☐ , wenn ja, warum? ……

Hat sich Ihr Kind jemals Knochenbrüche, Zerrungen oder Bänderrisse zugezogen?

Nein ☐ , wenn ja, was genau? ……

Musste Ihr Kind jemals Antibiotika nehmen?

Nein ☐ , wenn ja, welche? ……

WEITERE PROBLEME

☐ Kopfschmerzen ☐ Rückenschmerzen ☐ Verstopfung / Durchfall ☐ Allergien

☐ Abgeschlagenheit ☐ Nachtangst ☐ Wiederkehrende Infektionen ☐ Skoliose

☐ Gelenkschmerzen ☐ Verhaltensauffälligkeit ☐ schlechter Schlaf ☐ Unruhe

☐ Bettnässen ☐ chronische Erkrankung ☐ Entwicklungsverzögerung ☐ Wachstumsschmerz

☐ Wiederkehrende Bauchschmerzen ☐ Schreib-, Sprech- oder Leseschwierigkeiten

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: ……

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.