



**FRAGEBOGEN FÜR BABYS**

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr .....

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie sie dann so genau wie möglich. Bei Ihrem ersten Termin werden die Angaben mit Ihnen besprochen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Nachname (des Kindes):..... Vorname: .....

Adresse .....

PLZ + Wohnort ..... Geburtsort .....

Geburtsdatum ..... Geburtszeit .....

Tel. .... Handy. ....

Schule .....

Medikamente .....

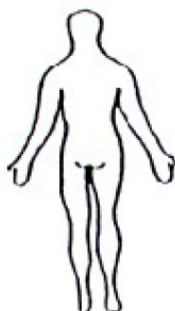
Hausarzt ..... Facharzt .....

Wer hat Sie über die osteopathische Behandlung informiert?

Was ist das Hauptproblem Ihres Kindes? .....

Wann haben die Beschwerden angefangen? .....

Unter welchen Umständen war das? .....



Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Ihr Kind die Beschwerden hat. Eventuelle Narben bitte in rot markieren.

Vorder-

Rück-

rechte

linke Ansicht





## Fragen zur Schwangerschaft

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Lagen bereits frühere Schwangerschaften vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lagen Fehlgeburten vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kam es zum Einsatz von fertilitätsfördernden oder reproduktionsmedizinischen Verfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gab es vor und/oder in der Schwangerschaft Traumata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wie zeigt sich der körperliche Gesundheitszustand der Mutter vor und in der Schwangerschaft?		
○ Arterielle Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Länger dauernde Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Gestationsdiabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Psychische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Sonstiges (z.B. Stressfaktoren, Todesfälle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Fragen, die die Geburt betreffen

• War es eine spontane Geburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine eingeleitete Geburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine schwierige Geburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine lange Geburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine kurze Geburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine Geburt vor errechneter Niederkunft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War es eine Geburt nach errechneter Niederkunft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kam es zu einer Geburtsverzögerung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kam es zum Einsatz von		
○ Wehenmitteln/Wehenhemmern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Schmerzstillenden Mitteln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Periduralanästhesie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lag ihr Kind schon lange tief im Becken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kamen geburtshilfliche Maßnahmen zum Einsatz		
○ eine Saugglocke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ der Zange?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kam es zu einer geplanten Sectio caesarea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kam es zu einer Notsectio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Welche Geburtsposition des Kindes lag vor		
○ Beckenendlage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Gesichtslage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Stirnlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Hinterhauptslage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Vorderhauptslage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• War die Nabelschur um den Hals oder Kopf gewickelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**Fragen, die die Zeit nach der Geburt betreffen**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Sofortiger Einsatz der Atmung?	0	0
• Musste ihr Kind intensiv medizinisch betreut werden?	0	0
• Lagten sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor?	0	0

**Fragenliste für Baby/Kind vom 10. Tag bis 24.-30. Monat**

**Allgemeine Frageliste**

• Wie zufrieden wirkt ihr Kind		
○ Ständige Aufmerksamkeit?	0	0
○ Ständiges Herumtragen?	0	0
• Überstreckt sich ihr Kind (gespannter Bogen)?	0	0
• Zieht es sich krampfartig zusammen?	0	0
• Wirkt es steif oder schlapp?	0	0
• Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite (Asymmetrie)?	0	0
• Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten?	0	0
• Wie ist das Schreien ihres Kindes?		
○ laut	0	0
○ schrill	0	0
○ weinerlich	0	0
○ stöhnend	0	0
• Wie reagiert ihr Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt?		
○ schreiend	0	0
○ abweisend	0	0
○ unauffällig	0	0
• Atmet das Kind hörbar schwer?	0	0
• Erscheint ihr Kind wach für sein Alter?	0	0
• Erscheint ihr Kind hyperaktiv?	0	0
• Erscheint ihr Kind passiv?	0	0
• Tränen bei ihrem Kind ein oder beide Augen?	0	0
• Liegt eine craniale Asymmetrie vor?	0	0
• Liegt eine fasciale Asymmetrie vor?	0	0
• Liegen Unfälle vor?	0	0
○ Sturz vom Wickeltisch?	0	0
○ Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)?	0	0
○ Schleudertrauma	0	0
• Hat ihr Kind eine Skoliose?	0	0
• Leidet es unter sonstigen Erkrankungen?		
z.B. Herzerkrankungen, neurologische Erkrankung, Allergien	0	0
• Wurde ihr Kind geimpft?	0	0
○ Wenn ja, welche Impfungen wurden durchgeführt?	.....	
○ Traten nach der Impfungen Reaktionen auf?	0	0
• Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung?	0	0





## Fragen zur Nahrungsaufnahme

	Ja	Nein
• Wie ist das Trinkverhalten ihres Kindes		
○ Saugschwierigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Effektives Saugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Schluckprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Spuckt es immer nach dem Trinken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Muss es häufig aufstossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Bekommt es regelmäßig Schluckauf nach dem Trinken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Erbricht ihr Kind die Flüssigkeit oder Milch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Hat ihr Kind einen vermehrten Speichelfluss?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leidet ihr Kind unter Flüssigkeitsverlust (Trockene Zunge)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leidet ihr Kind unter Koliken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leidet ihr Kind unter Obstipation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Liegt ein fester Bauch vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel

• Treten bei Positionsänderungen Schmerzen auf ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schreit es bei Positionswechsel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Fragen zum Schlafverhalten

• Schläft ihr Kind immer zu einer Seite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schreit ihr Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sucht ihr Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schläft ihr Kind tagsüber oft und lang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ist es nachts wach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schläft ihr Kind selbständig ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schläft ihr Kind schwierig ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Weint ihr Kind vor jedem Einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Weint ihr Kind nach dem Wachwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wird ihr Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leidet ihr Kind unter Schlaflosigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

