

**Erstkonsultation Formular für Kinder von 2-15 Jahren**

**Was ist die Hauptbeschwerde Ihres Kindes?**

|  |
| --- |
|  |

Es gibt noch einige weitere Fragen. Am Ende dieses Formulars ist noch Platz, um Ihre Geschichte zu teilen, falls Sie dies möchten. Für Ihr Kind kreuzen Sie unten bitte an, was für das Kind zutreffend ist:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ekzem/trockene Haut |  | Bauchschmerzen |
|  | Trink- Essprobleme |  | Probleme mit dem Stuhlgang |
|  | Ruheloses Verhalten |  | Oft Kopfschmerzen |
|  | Schlafprobleme |  | Oft wütend / traurig |
|  | Oft krank |  | Müde |
|  | Bleibt klein / Wachstum bleibt zurück |  | Bettnässen |
|  | Weiteres…….. |

Folgendes trifft auf Ihr Kind zu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Starke Stimmungswechsel |  | Viele Freunde |
|  | Fühlt sich wohl in seiner Haut |  | Erschrickt schnell |
|  | Ängstlich |  | Neugierig |
|  | Schlechte Konzentration |  | Hat Lernschwierigkeiten |
|  | Träge/faul |  | Ruhelos/stets beschäftigt |
|  | Langsam in seiner Entwicklung |  | Spielt gerne alleine |
|  | Hat Verhaltensprobleme |  | Ist schnell müde |
|  | Wird niemals müde |  | Windelfrei |
|  | Trägt noch Windeln |  | Benimmt sich älter als es ist |
|  | Benimmt sich jünger als es ist |

Hat Ihr Kind regelmäßig Ohrenentzündungen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind eine Schwerhörigkeit?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind Paukenröhrchen im Ohr?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Holt Ihr Kind stets Luft durch den Mund?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Ist Ihr Kind oft erkältet?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Ist Ihr Kind einmal gefallen (als Baby oder Kind)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Fällt Ihr Kind oft hin?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

War Ihr Kind einmal in einen Autounfall / Sturz von einem Baum/Pferd/Spielplatz verwickelt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Hat Ihr Kind eine Skoliose/schiefer Rücken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

**Ernährung und Stuhlgang:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Der Bauch Ihres Kindes fühlt sich hart an |
|  | Ihr Kind hat keine Lust auf Essen |
|  | Ihr Kind trinkt nur wenig Wasser |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Der Stuhlgang ist täglich |  | Der Stuhlgang ist nicht täglich |
|  | Harter Stuhl |  | Breiiger Stuhl |
|  | Wässeriger Stuhl |

Die Farbe des Stuhls ist

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dunkelbraun |  | Hellbraun |
|  | Gelb-Braun |  | Grün |
|  | Weiss |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Der Bauchnabel steht ab |  | Es liegt ein Nabelbruch vor |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es liegt ein Leistenbruch vor |
|  | Links |  | Rechts |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es liegt ein Zwerchfellbruch vor |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ihr Kind hat noch keine Impfungen gehabt |
|  | Ihr Kind wurde …. Mal geimpft |

Und reagierte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal |  | Mit viel Schlaf |
|  | Unruhig |  | Mit Fieber |
|  | Mit viel Weinen in der darauffolgenden Zeit |
|  | Anders………… |

**Gibt es familiäre Erkrankungen?**

|  |
| --- |
|  |

**Leidet Ihr Kind an Allergien? Welchen?**

|  |
| --- |
|  |

**Leidet Ihr Kind an Ekzemen? Wo?**

|  |
| --- |
|  |

**Geschichte**

**Die Empfängnis erfolgte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Spontan |  | In vitro |
|  | IUI (Intrauterine Samenübertragung) |  | Eizellspende |
|  | Anderes….. |

Ihr Kind wurde geboren:

In Woche …..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Spontan |  | Geplant |
|  | Kaiserschnitt |  | Die Geburt musste vorübergehend durch das Zusammenklemmen der Beine gehindert werden |
|  | Eingeklemmte Nabelschnur |

Mit Hilfsmitteln

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wehenauslöser |  | Vakuumextraktion - Kiwiglocke oder Geburtszange |
|  | Mit starkem Druck auf Ihren Bauch |  | Es wurde an Ihrem Kind gezogen |
|  | Epiduralanästhesie |

Die Lage Ihres Kindes war

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal (mit dem Hinterkopf voran) |  | Sterngucker (gedreht) |
|  | Gesichtslage (mit dem Gesicht voran) |  | Steisslage (mit den Beinen voran) |
|  | Mit der Nabelschnur um den Hals |

Ihr Kind war bei der Geburt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal |  | Zu klein |
|  | Gelb |  | Blau |
|  | Verformter Kopf |
|  | Anders….. |

Ihr Kind hat bei der Geburt gut geschrien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

**Woran ist/war ihr Kind am meisten erkrankt?**

|  |
| --- |
|  |

**Hier können Sie gerne etwas über die Krankheitsgeschichte schreiben können (z.B. Knochenbrüche, Operationen, Infektionen, familiäre Krankheitsgeschichten oder Krankenhausaufenthalte):**

|  |
| --- |
|  |

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Team Osteopathie Verstraten

[Behandlungsvereinbarung](https://osteopathieverstraten.nl/de/behandlungsvereinbarung/)

[Haftungsausschluss & Datenschutz](https://osteopathieverstraten.nl/de/disclaimer-privacyverklaring/)