

Patientenfragebogen für Kinder

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Angaben der Beziehungsberechtigten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung

Gesetzlich Privat Zusatzversicherung

Allgemeine Angaben

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja , zuletzt am _____

Ist Ihr Kind derzeit bei anderen Therapeuten in Behandlung?

Nein Ja , wegen _____

Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft war das Kind? _____

Ihr Kind wurde in der _____ Schwangerschaftswoche geboren.

Es gab Komplikationen/Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Ihr Kind war eine Beckenlage/Steißlage Nein Ja

Die Geburt wurde eingeleitet Nein Ja

Während der Geburt fand ein Drücken auf den Bauch statt Nein Ja

Die Geburt war eine Mehrlingsgeburt Nein Ja

Die Geburt war ein Kaiserschnitt Nein Ja

Die Geburt erfolgte unter Zuhilfenahme von Hilfsmittel
(Saugglocke, Zange) Nein Ja

Ihr Kind hatte Verletzungen von der Geburt

Nein

Ja

Gab es sonstige weitere Komplikationen/Besonderheiten?

Ihr Kind im Säuglingsalter

wird/wurde gestillt

Nein

Ja

hat/hatte eine Lieblingsseite

Nein

Ja

bewegt beide Arme gleich

Nein

Ja

bewegt beide Beine gleich

Nein

Ja

dreht den Kopf lieber in eine Richtung

Nein

Ja , nach

Kreuzen Sie bitte an, welche der genannten Punkte bei Ihrem Kind im Säuglingsalter zutreffen / zutrafen:

Stillprobleme

Keine Bauchlage

Schlafprobleme

Schreikind

Überstreckte Haltung

Fußfehlstellung

Kopfschiefhaltung

Drei Monatskoliken

Augenprobleme

Vermehrtes Spucken

Abweichende

Hüftentwicklung

Weitere Beobachtungen:

Klein- und Schulkindalter

Schwierigkeiten beim Robben oder Krabbeln

Nein

Ja

Schwierigkeiten beim Laufen

Nein

Ja

Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten

Nein

Ja

Sprach- und Verständnisverzögerungen

Nein

Ja

Konzentrations- und Lernschwierigkeiten

Nein

Ja

Anzeichen von ADS/ADHS

Nein

Ja

Erläuterungen zu den oben genannten Punkten und weitere Beobachtungen:

Die Gesundheit Ihres Kindes:

Welche nennenswerten Krankheiten hatte Ihr Kind?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? (Tabletten/Tropfen/Sprays)

Ihr Kind hat/hatte (wo und wann?)

Unfälle/schwere Stürze:

Operationen:

Knochenbrüche:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Schuhleinlagen

Nein Ja, rechts Ja, links

Absatzerhöhungen

Nein Ja

Zahnsperre/Retainer

Nein Ja

Sonstiges:

Kreuzen Sie bitte an, welche der genannten Punkte bei Ihrem Kind zutreffen:

Kopfschmerzen

Gleichgewichtsstörungen

Asthma

Konzentrationsstörungen

Schwindel

Kieferprobleme

Schwaches Immunsystem

Rückenschmerzen

Entz. Nasennebenhöhlen

Hautprobleme

Ängste

Verspannungen

Was wünschen Sie sich, für Ihr Kind auch in Bezug auf die Behandlung?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr Sander-Chiropraktik Team!