



CHIROPRAKTIK OSTEOPATHIE  
TIM KRÜGER

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen.

Die Liste von Fragen hilft uns, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe

Name eines Elternteils: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ mobil: **(bitte angeben)** \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt ihr Kind? \_\_\_\_\_  Keine

Empfohlen von? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Operationen?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Unfälle/ Stürze?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Mein Kind hat keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

**Mein Kind hat Beschwerden im Bereich:**

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule  Kopf

Gelenke \_\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt  Ja  Nein

(z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.)

Wenn ja, bei wem?  Mutter  Vater

Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz  Ja  Nein

( z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel)

Wenn ja, bei wem?  Mutter  Vater

Wurden Geschwister schon hier in der Praxis vorgestellt?  Ja  Nein

### Die Schwangerschaft:

Wievielte \_\_\_\_\_ Schwangerschaft  
Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ Kinder  
Wie viele Schwangerschaftswochen \_\_\_\_\_ Wochen  
Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Gramm  
Länge \_\_\_\_\_ cm  
Fehllage/Querlage  Ja  Nein

### Die Geburt

Dauer \_\_\_\_\_ Stunden  
Mehrlingsgeburt \_\_\_\_\_ Kinder  
Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Die Geburt war ein Kaiserschnitt  Ja  Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
Kam es zu Geburtsverletzungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Mein Kind als Säugling

Das Kind schaut (schaute) vermehrt nach rechts oder links  Ja  Nein  
Das Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt  Ja  Nein  
Das Kind hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind liegt (lag) in einem Bogen wie ein, C' Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf  Ja  Nein  
Das Kind kann (konnte) nicht auf dem Bauch liegen  Ja  Nein  
Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen  Ja  Nein  
Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Das Kind wird (wurde) gestillt

Ja  Nein

Das Kind trinkt / isst (früher) wenig oder schlecht

Ja  Nein

Es sabbert viel oder spuckt oft (früher)

Ja  Nein

Das Kind ist (war) ein Schreikind

Ja  Nein

Es hat ‚3-Monatskoliken‘ gehabt

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange ?

Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken

Ja  Nein

### Bekannte Entwicklungsstörungen

Haltung und Bewegung

Ja  Nein

Sprache und Verständnis

Ja  Nein

soziale Fertigkeiten

Ja  Nein

### Schulkinder (ab 6 Jahren)

Rechen/Schreibschwierigkeiten

Ja  Nein

Unruhe

Ja  Nein

Kopfschmerzen

Ja  Nein

Konzentrationsschwierigkeiten

Ja  Nein

### Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

Liebe Eltern, um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 6 Stunden** vor dem Termin nicht berechnen. In allen anderen Fällen sind wir berechtigt, die **Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen**. Wenn wir den Termin anderweitig vergeben können, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Danke fürs Ausfüllen.

[Praxis für amerikanische Chiropraktik und strukturelle Osteopathie Heidelberg](#)

Kaiserstr. 27a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 65 22 662