

Patientenfragebogen – Säuglinge

Bitte schicken/faxen/mailen Sie mir diesen Fragebogen vor unserem Ersttermin zu.
Füllen Sie den Fragebogen bitte möglichst komplett aus.

Praxis für **Osteopathische Medizin**
Dr. med. Jochen **Würz**

Albert-Schäffenacker-Straße 7
83646 Bad Tölz
Telefon: 08041 / 7962074
Telefax: 08041 / 7962075
E-Mail: termine@osteopathie-oberland.de

Persönliche Angaben

Name Vorname Geburtsdatum

PLZ/Ort Straße

Erziehungsberechtigter Telefon

Krankenversicherung Gesetzlich Privat

Versicherungsnehmer Zusatzversicherung

Allgemeine Angaben

Beschreiben Sie die **Beschwerden/Probleme**, die Anlass für die osteopathische Behandlung sind:

.....

Schwangerschaftsverlauf, z. B. Diabetes, Oedeme der Mutter, Medikamente, Suchtmittel, emotionale Schwierigkeiten?

.....

Entbindung (Geburtslage, Termin, spontane/eingeleitete Geburt, Kaiserschnitt, Dauer der Wehen, Hilfsmittel wie Saugglocke o.ä., Komplikationen/Geburtsstillstand etc.)

.....

Geburtsgewicht gr. Geburtsgröße cm

Hat die Mutter das Kind direkt nach der Geburt zu Sehen bekommen, wenn nein, warum nicht?

.....

Hat das Kind eine **angeborene** oder **erworbene Erkrankung** (Allergien, Diabetes, Epilepsie, Gehirnblutung, Herz- und/oder Lungenerkrankung etc.)

.....

Frühe Gesundheitsstörungen (z. B. Gelbsucht nach der Geburt, Schiefhals, Koliken, Spreizhose, breit gewickelt, Lungenentzündung, häufige Infekte, Impfreaktionen)

.....

Auffälligkeiten bei kinderärztlichen Untersuchungen

.....

Probleme beim **Stillen/Füttern** (Saugschwäche, Spucken, Erbrechen, Koliken, Durchfälle, Verstopfungen)

.....

Probleme beim Schlafen, sonstiges auffälliges Verhalten (wie z. B. plötzliches oder anhaltendes Schreien)

.....

