

**THERAPIEZENTRUM REICHERTSHOFEN**

Andreas Voltz - Physiotherapeut, Osteopath B.A.O., Therapeut für klin. Psycho-Neuronale-Immunologie  
 Gotteshofener Str. 1a - 85084 Reichertshofen - ☎ **08453 - 9011**

Sehr geehrte Patientin! Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen der Beschwerden ihres Kindes. Sie liefern uns damit wichtige Information für die Behandlung. Sollten Fragen unklar sein, klären wir diese gerne beim ersten Termin. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen der Behandlung!

Name u. Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name u. Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

**Anamnese Schwangerschaft und Geburt**

Haben Sie mehrere Kinder?  Nein  Ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Natürliche Schwangerschaft  Ja  nein, In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI)

Nahmen sie Medikamente während der Schwangerschaft (z.B. Antibiotika, Narkosemittel, Insulin, Wehenhemmer, Blutdruckmittel, Colesterinsenker, etc.)?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie entbunden: \_\_\_\_\_ SSW (Regelentbindung ist um die 40-te SSW)

Wenn kürzer, warum? \_\_\_\_\_

Wenn länger, warum? \_\_\_\_\_

Wie haben sie entbunden?  Normal  Kaiserschnitt geplant  Kaiserschnitt ungeplant  
 Zangengeburt  Saugglocke  Mehrlingsgeburt

Wurde die Geburt eingeleitet?  Nein  Ja, mit \_\_\_\_\_

Haben sie evtl. Beschwerden durch Narben?  Dammschnittnarbe  Kaiserschnittnarbe

Wie lange hat die Geburt ab der Muttermundöffnung gedauert? ca. \_\_\_\_\_ Std.

Ihre persönliche Einschätzung für die Dauer:  zu lange  zu kurz  schnelle Geburt

Gewicht des Säuglings: \_\_\_\_\_ g Größe des Säuglings: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgarwert: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ PH-Wert der Nabelschnur: \_\_\_\_\_

Verringertes Fruchtwasser?  Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_

Welche Lage hatte ihr Kind bei der Entbindung?

Kopflage  Stimlage  Hinterhauptslage  Gesäßlage

andere abnormale Kindslage: \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind die Nabelschnur - um den Körper  Nein  Ja

- um den Kopf  Nein  Ja

War ihr Kind bläulich verfärbt nach der Entbindung?  Nein  Ja

Kam es zu einer Notsituation (z.B. Beatmung, Intubation)?  Nein  Ja

Sind Verletzungen durch die Geburt bekannt (z.B. Schlüsselbeinbruch, Nervenschädigung am Hals - Plexus Lähmung)?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind sofort geschrien?  Ja  Nein

Haben sie ihr Kind sofort an die Brust anlegen können und es hat sofort gesaugt?  Ja  Nein

Wurden sie mit ihrem Kind entlassen?

Ja  Nein, weil  Frühgeborenen-Intensiv  Behandlung in Kinderklinik

Stillen sie ihr Kind?  Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

Wie reagiert ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme?  häufiges spucken  starke Blähungen

Wurde ihr Kind geimpft?  Nein, noch nicht  Ja, folgende Impfungen \_\_\_\_\_

