

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 <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| hat/hatte eine Lieblingsseite | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| bewegt beide Arme gleich | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| bewegt beide Beine gleich | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| dreht den Kopf lieber in eine Richtung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> , nach |

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

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Stillprobleme | <input type="checkbox"/> | Keine Bauchlage | <input type="checkbox"/> |
| Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> | Schreikind | <input type="checkbox"/> |
| Überstreckte Haltung | <input type="checkbox"/> | Fußfehlstellung | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschiefhaltung | <input type="checkbox"/> | Drei Monatskoliken | <input type="checkbox"/> |
| Augenprobleme | <input type="checkbox"/> | Vermehrtes Spucken | <input type="checkbox"/> |
| Abweichende
Hüftentwicklung | <input type="checkbox"/> | | |

Weitere Beobachtungen:

Klein- und Schulkindalter

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Schwierigkeiten beim Robben oder Krabbeln | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten beim Laufen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Sprach- und Verständnisverzögerungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Konzentrations- und Lernschwierigkeiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Anzeichen von ADS/ADHS | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Erläuterungen zu den oben genannten Punkten und weitere Beobachtungen:

Die Gesundheit Ihres Kindes:

Welche nennenswerten Krankheiten hatte Ihr Kind?

Page 10 of 10

Ihr Kind hat/hatte (wo und wann?)

Unfälle/schwere Stürze:

Operationen:

Knochenbrüche:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Schuheinlagen

Nein Ja, rechts Ja, links

Absatzerhöhungen

Nein Ja

Zahnspange/Retainer

Nein Ja

Sonstiges:

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

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> | Kieferprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> | Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Entz. Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> | Hautprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Ängste | <input type="checkbox"/> | Verspannungen | <input type="checkbox"/> |

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

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