

„WIE DER AST GEBOGEN WIRD
SO WÄCHST DER BAUM.“

Dr. William Garner Sutherland

OsteopathieZentrum Noris

im Merianforum

Mgr. Rafał Antoni Szczepański

Leipziger Platz 21

90491 Nürnberg

www.osteopathiezentrum-noris.de

Telefon 0911 / 593758

Telefax 0911 / 5976078

E-Mail info@oz-n.de

ANAMNESEBOGEN | HERANWACHSENDE

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht männlich weiblich

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße _____

PLZ-Ort _____ Hobbys _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Name des Hausarztes/Therapeuten _____

Anschrift Hausarzt/Therapeut _____

Allgemeine Angaben zu Ihnen – wie können wir Sie erreichen?

Name _____ Vorname _____

ggf. abweichende Adresse

Straße _____ PLZ-Ort _____

Tel. privat _____ Tel. Beruf _____

Handy _____ Beruf _____

Weitere allgemeine Angaben zum Kind

aktuelles Körpergewicht _____ kg

aktuelle Körpergröße _____ cm

Blutgruppe (wenn bekannt) _____

Kindesentwicklung

Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangengeburt oder Saugglocke
- langwierige Geburt
- schnelle Geburt
- Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche

-
- Besonderheiten nach der Geburt – z. B. Hämatome
-

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asymmetrien des Kopfes | <input type="checkbox"/> Trink/Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltungen des Körpers | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes |
| <input type="checkbox"/> Schielen | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss |
| <input type="checkbox"/> Augensenkung | <input type="checkbox"/> Schulterluxation |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Koliken |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> motorische Auffälligkeiten (welche) | |

-
- andere schwere Infektionen – welche?
-

Krabbelte Ihr Kind?

- Ja
- Nein

Krankengeschichte

Traumata und Unfallhistorie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Fuß-, Knieluxationen |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle | <input type="checkbox"/> Auto-, Fahrradunfälle |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben) | |
-

Weitere Erkrankungen

- Atemorgane

(Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> Blase/Niere |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden
(natürlich nur bei Mädchen) | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane
(natürlich nur bei Jungen) |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben) | |
-

Weitere allgemeine Fragen

Wurden Ihr Kind bereits operiert?

Ja Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurden, Wann, was und wie wurde operiert?

War/Ist Ihr Kind in zahn- / kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme?

Ja Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentrationsprobleme?

Ja Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen (Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)?

Welche Thearpien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie, etc.)?

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zum ersten Termin im OsteopathieZentrum Noris mit!