



CHIROPRACTIC  
Z E N T R U M  
BRAUNSCHWEIG

## **Patientenfragebogen für Säuglinge und Kleinkinder von 0 – 2 Jahren**

Liebe Eltern, die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind und seine Krankengeschichte. Ihre Antworten helfen uns bei der genauen Analyse und Ursachenforschung. Um Ihrem Kind bestmöglich helfen zu können, bitten wir Sie daher sich die Zeit zu nehmen und die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten.

---

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

---

Name/Adresse der Eltern:

---

1. Was bringt Sie mit Ihrem Kind zu uns?  
 Vorsorge /  Beschwerden/Schmerzen
2. Wie äußern sich die Beschwerden genau und wie lange bestehen diese schon?
3. Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand Ihres Kindes? (bekannte Erkrankungen, Operationen, Stürze, Medikamente, etc.)
4. Hat Ihr Kind schon Behandlungen aufgrund der Beschwerden erhalten? Wenn ja, von wem und wie häufig?
5. Kann oder konnte Ihr Kind den Kopf zu einer Seite besser drehen? Wenn ja, zu welcher?
6. Überstreckt sich Ihr Kind stark? Lässt es sich ungern hinlegen?
7. Ist Ihnen eine Abflachung am Hinterkopf oder eine Asymmetrie des Gesichtes aufgefallen?
8. Schreit Ihr Kind mehr als zwei Stunden täglich?
9. Wird oder wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt oder bestehen/bestanden Schwierigkeiten?
10. Lässt sich Ihr Kind auf beiden Seiten gleich gut stillen?
11. Wie regelmäßig hat Ihr Kind Stuhlgang? Täglich?
12. Hat Ihr Kind erschwerten Stuhlgang oder verstärkt Blähungen?
13. Wie war Ihr Gesundheitsstatus vor und während der Schwangerschaft?

14. Wie alt waren Sie?
15. Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft? Wenn nein, wie viele Geschwister hat Ihr Kind und wie alt sind diese?
  
16. Gab es Genussmittelkonsum während der Schwangerschaft (Alkohol/Kaffee/Nikotin) oder mussten Sie Medikamente einnehmen? Wenn ja, in welchen Mengen?
  
17. Gab es Komplikationen oder Probleme während der Schwangerschaft?
  
18. Wie viele Wochen dauerte Ihre Schwangerschaft?
  
19. Hatten Sie als Eltern irgendwelche Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft? Wenn ja, aus welchem Anlass?
  
20. Handelte es sich um eine spontane oder eingeleitete Geburt?
  
21. Wie lange dauerte die Geburt und wo fand diese statt (zu Hause, Krankenhaus, Geburtshaus)?
  
22. Wurden Instrumente bei der Geburt verwendet (Saugglocke, Zange)?
  
23. In welcher Position fand die Geburt statt? (Rückenlage, Vierfüßlerstand, etc.)
  
24. In welcher Lage befand sich Ihr Kind (vordere oder hintere Hinterhauptslage, Beckenendlage)?
  
25. Empfanden Sie den Geburtsprozess als sehr traumatisch?
  
26. Wurden während der Geburt Medikamente eingesetzt?
  
27. Wie waren die Apgar-Werte Ihres Babys?
  
28. Nennen Sie bitte Geburtsgewicht, Kopfumfang und Körperlänge Ihres Kindes:
  
29. Wie war Ihr Gesundheitsstatus nach der Geburt?
  
30. Wer war die betreuende Hebamme?
  
31. Wer ist der behandelnde Kinderarzt?
  
32. Was sind Ihre Erwartungen an uns?
  
33. Woher hatten Sie unsere Adresse?

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)