

Osteopathie & Physiotherapie
Petra Friesecke
Nikolausberger Weg 20
37073 Göttingen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Name/ Vorname Eltern: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

KV: _____ E-Mail: _____

Hebamme: _____ Kinderarzt*: _____

Sonst. behandelnder Arzt*: _____

Grund der Konsultation (Beschwerden/Probleme/Veränderungen/Störungen) ?

Seit wann bestehen diese Probleme?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt, bei wem und mit welchem Ergebnis?

Hat ihr Kind Geschwister? _____

Wenn ja wie viele und welches Alter? _____

Die wievielte Schwangerschaft? _____

Besonderheiten während der Schwangerschaft (Einnahme von Medikamenten/
Konsum von Alkohol, Zigaretten oder anderen Drogen/ wurden vom Partner*in
Drogen konsumiert/ Gefühlslage der Mutter)?

Schwangerschaftsdauer: _____ SSW **Geburtsdauer:** _____

() geplanter Kaiserschnitt, () vaginale Geburt, () Kaiserschnitt, () Saugglocke,
() Mehrlingsgeburt, () Zangengeburt, () Dammverletzungen

Wehentreibende/ schmerzstillende Mittel? _____

Komplikationen unter der Geburt? _____

APGAR Wert: _____ **Gewicht/ Größe Säugling:** _____

Verringertes/ verfärbtes Fruchtwasser? _____

Nabelschnur um Kopf/ Körper? _____

Notsituation (Beatmung o. ä.)? _____

Kindslage bei Geburt? _____

Verletzungen bei der Geburt (Schlüsselbeinbruch/ Nervenschädigungen/ Andere)?

Kopfform direkt nach Geburt? _____

War die Mutter bei der Geburt wach? _____

Hat die Mutter das Kind direkt nach Geburt gesehen? _____

Bekam die Mutter das Kind direkt angelegt? _____

Entlassung mit Ihrem Kind, Behandlung in der Kinderklinik,

Behandlung auf der Frühgeborenen-Station/ Intensiv, Hausgeburt

**Ersten Tage nach Geburt (Wohlbefinden des Säuglings/ Mutter/ Partner*in,
gleich viel Besuch/ Trubel/ Reaktion der Geschwister)?**

Nahrungsaufnahme/ Verdauung/ Schlaf?

Entwicklung (motorisch/ sprachlich/ Koordination/Haltung/ Verhalten)?

**Sehstörungen/ Hörstörungen/ Konzentrationsschwächen/
Aufmerksamkeitsstörungen/ verstärkte Aktivität?**

Allergien/ Unverträglichkeiten?

Impfungen/ Reaktionen auf Impfungen:

Durchgemachte Erkrankungen/ Operationen?

Stürze/ Unfälle?

Gibt es familiär auftretende Krankheiten?

Sonstiges:
