



## CHIROPRACTIS DIE·DER·ICH·SEN

Merle Diederichsen Chiropraktörin; MSc Chiropraktik, HP (Chiro); Anglo European College of Chiropractic, UK  
Wollgrasweg 9a \* 26607 Aurich Walle & Op de Barg 5 \* 22941 Delingsdorf Tel: 04941-9913449

**Babyfragebogen:** Name das Babys: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Babies: \_\_\_\_\_

Bitte versuchen Sie folgende Fragen über Kind so gut wie möglich zu beantworten. Manches trifft vielleicht (noch) nicht auf Ihr Kind zu. Wenn Sie nicht sicher sind, lassen Sie die Antwort aus.

Die Antworten werden im Anschluss mit der Chiropraktörin besprochen und helfen zur Anamnese-Findung.

Ursache für Ihren Besuch: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapien: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Länge der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Wochen      Alter der Mutter bei der Geburt? \_\_\_\_\_ Jahre

Wievielte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Wievielte Geburt? \_\_\_\_\_      Künstliche Befruchtung? Ja O / Nein O

Name der betreuenden Hebamme: \_\_\_\_\_

Gab es Probleme? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Geburt:** Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g      Länge: \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm      APGAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Geburtsdauer: \_\_\_\_\_ Stunden

Fehllage / Querlage: \_\_\_\_\_ Mehrling: Ja O / Nein O      Hilfsmittel bei der Geburt: \_\_\_\_\_

Geburtsverletzungen: \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt: Nein O / Ja O -> warum? \_\_\_\_\_

**Familie:** Wirbelsäulenprobleme bei Eltern / Geschwistern? Ja O Nein O Welche? \_\_\_\_\_

Wurden Familienmitglieder chiropraktisch behandelt? Ja O Nein O Wer? \_\_\_\_\_

**Schlafen:** Das Kind schläft: gut O / wird oft wach O      Einschlafdauer: ca. \_\_\_\_\_ Minuten

Tägliche Schlafdauer insgesamt? Ca. \_\_\_\_\_ Stunden      Bevorzugte Schlafposition: Bauch O / Rücken O / Seite O

**Stillen:** gibt es Probleme? Wenn ja Welche? \_\_\_\_\_

Trinkt das Kind an einer Brust besser als an der anderen? Ja O / Nein O Welche? \_\_\_\_\_

Das Kind isst/ trinkt gut? Ja O / Nein O      Es spuckt: Ja O / Nein O Wenn ja wieviel? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden schreit das Kind am Tag im Durchschnitt? \_\_\_\_\_

Das Kind hat/ hatte Dreimonatskoliken? Ja O / Nein O

Empfindliche Bereiche z.B. Nacken: \_\_\_\_\_

<p><b>Asymmetrie/ Fehllhaltung:</b> ankreuzen wenn zutreffend:</p> <p><input type="checkbox"/> Das Baby schaut nur nach rechts / links (bitte einkreisen)</p> <p><input type="checkbox"/> Es bewegt nur seinen rechten / linken Arm</p> <p><input type="checkbox"/> Es bewegt nur sein rechtes / linkes Bein</p> <p><input type="checkbox"/> Das Gesicht (Auge/ Wange) ist auf einer Seite kleiner</p> <p><input type="checkbox"/> Der Hinterkopf ist einseitig flach rechts / links</p> <p><input type="checkbox"/> Kind überstreckt sich häufig</p> <p><input type="checkbox"/> Kind liegt überstreckt</p> <p><input type="checkbox"/> Wir haben es sofort nach der Geburt gesehen</p> <p><input type="checkbox"/> Wir haben es erst später gesehen</p> <p><input type="checkbox"/> Wir wurden vom Kinderarzt/ Hebamme darauf aufmerksam gemacht</p>	<p><b>Gesundheitsprobleme:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Neurodermitis</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien</p> <p><input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen</p> <hr/> <p><b>Entwicklungsverzögerungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Haltung und Bewegung</p> <p><input type="checkbox"/> Sprache und Verständnis</p> <p><input type="checkbox"/> Konzentration und soziale Fertigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Motorik grob    <input type="checkbox"/> Motorik fein</p> <p>Therapien: _____</p>
--	---

Bei der chiropraktischen Behandlung von Kindern und Babys sind keine Komplikationen bekannt.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Untersuchung und Behandlung des Babys:

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten