



CHIROPRACTIS DIE·DER·ICH·SEN

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

Kinderfragebogen: Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Geburtsdatum des Kindes:** _____

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 Chiropraktin 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? _____

Gab es Fehlhaltungen/ Einseitigkeit in den ersten Monaten? _____

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

Entwicklungsverzögerungen:	Gesundheitsprobleme:
<input type="checkbox"/> Haltung und Bewegung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Sprache und Verständnis	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Konzentration und soziale Fertigkeiten	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Motorik grob <input type="checkbox"/> Motorik fein	<input type="checkbox"/> Ohrentzündungen
<input type="checkbox"/> Primitive Reflexe	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
Therapien: _____	<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen
	<input type="checkbox"/> Augen- besteht Fehlsichtigkeit?

Hobbies: _____

Sport: _____

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