

CHIROPRACTIC
Z E N T R U M
BRAUNSCHWEIG

Patientenfragebogen für Säuglinge und Kleinkinder

Sehr geehrte Eltern,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind und seine Krankengeschichte. Sie dienen der Klärung seines Krankheits- oder Beschwerdebildes. Bitte nehmen Sie sich daher Zeit, die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten.

Bitte bestätigen Sie Ihren Termin mindestens 72 Stunden im Voraus telefonisch unter 0531-4803303. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass nicht vorher bestätigte Termine aufgrund unserer sehr engen Terminlage weitervergeben werden. Vielen Dank!

1. Name: _____

Erziehungsberechtigte(r): _____

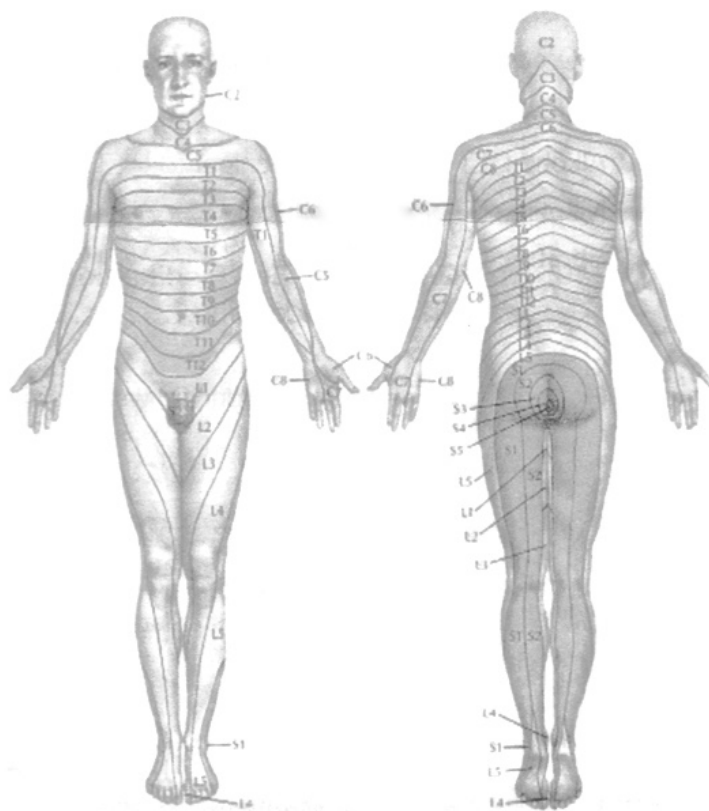
Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

1. Bitte kennzeichnen Sie die Stellen Ihrer Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile:



2. Was ist das Problem?

3. Wie lange besteht das Problem?

4. Wie war Ihr Gesundheitsstatus vor und während der Schwangerschaft?

5. Wie alt waren Sie?

6. Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft?

7. Gab es Genussmittelkonsum während der Schwangerschaft (Alkohol, Nikotin, Koffein)?
Wenn ja, in welchen Mengen?

8. Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

9. Wieviel Gewicht haben Sie während der Schwangerschaft zugenommen?

10. Gab es irgendwelche Komplikationen oder Probleme während der Schwangerschaft?

11. Wieviele Wochen dauerte Ihre Schwangerschaft?

12. Hatten Sie als Eltern irgendwelche Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft?

13. Handelte es sich um eine spontane oder eingeleitete Geburt?

14. Wo fand die Geburt statt (zu Hause, Krankenhaus, Geburtshaus)?

15. Wurden Instrumente bei der Geburt verwendet (Saugglocke, Zange...)?

16. In welcher Position fand die Geburt statt?

17. In welcher Lage befand sich Ihr Kind (normal, Sterngucker)?
18. Empfanden Sie den Geburtsprozess als sehr traumatisch?
19. Wurden während der Geburt Medikamente eingesetzt?
20. Wie waren die Apgar-Werte Ihres Babys?
21. Nennen Sie bitte Geburtsgewicht, Kopfumfang und Körperlänge Ihres Kindes:
22. War Ihr Kind wach, reaktionsfähig und konnte bei Ihnen verbleiben, oder waren weitere medizinische Procedere notwendig?
23. Gab es Neugeborenenengelbsucht?
24. Wie war Ihr Gesundheitsstatus nach der Geburt?
25. Wer war die betreuende Hebamme?
26. Wer ist der behandelnde Kinderarzt?
27. Treibt Ihr Kind Sport? Wenn ja, welchen?
28. Was ist Ihre Erwartung an uns?
29. Woher hatten Sie unsere Adresse?

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den _____
Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)