

Anna Marlen Fürstmann
Friedrich-Engels-Str. 15
17268 Templin
03987/2027242



Name der Mutter...../des Vaters.....

Adresse:.....

Tel:..... Mail:.....

Name des Kindes.....Geburtsdatum.....

Haben Sie mehrere Kinder? Nein Ja, wie viele?.....Alter der Kinder:

Besonderheiten/ Komplikationen Schwangerschaft:

Nein Ja, welche?.....

Medikamente:.....

Geburt

Wo haben Sie entbunden? Krankenhaus Geburtshaus Hausgeburt

Entbindung in derSSW Geburtsdauer vom Blasensprung an:Std.

Natürliche Geburt Notfallkaiserschnitt geplanter Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt

Zange Saugglocke Dammschnitt/-riss Kristeller Handgriff (Druck auf den Bauch)

Einleitung/ wehentreibende Mittel Nein Ja:.....

Medikamente während Geburt: Nein PDA sonstige:.....

Komplikationen unter der Geburt: Nein Ja:.....

Geburtsgewicht- und gröÙe:.....Kopfumfang:.....

APGAR-Werte:...../...../.....

Verringertes Fruchtwasser? Nein Ja

Nabelschnur um den Körper/Hals? Nein Ja

Blaue Verfärbung des Neugeborenen? Nein Ja

Beatmung o. ä.? Nein Ja

Geburtslage

Kopflage Stirnlage Hinterhauptslage Sternengucker Steisslage

Trauma bei Geburt

Schlüsselbeinbruch? Nein Ja

Sonstige:

Nach der Geburt

Behandlung Kinderklinik? Nein Ja:

Behandlung Intensivstation? Nein Ja:

Stillkind? Nein Ja Stillschwierigkeiten:

Flaschenkind? Sorte: Saugschwierigkeiten

Spucken nach Nahrungsaufnahme? Nein Ja Speikind? Nein Ja

sofort später ständig gelegentlich schwallartig

Blähungen? Nein Ja Dreimonatskolik

Verdauungsbeschwerden:

Impfungen: 6-fach: MMR: Rota:

Sonstige Impfungen:

Schlafprobleme: Nein Ja:

Schreien oder häufiges Weinen: Nein Ja Schreikind

Körperhaltung: Überstreckung des Kopfes ...des Körpers schiefe Haltung im Liegen

Bevorzugte Körperseite: Nein Ja: links rechts

Bevorzugte Kopfdrehseite: Nein Ja: links rechts

Körperliche Unruhe: Nein Ja

Bekannte Krankheiten und Diagnosen

Wirbelsäule Nein Ja:

Hüfte/ Fuß Nein Ja:

Lunge/Herz Nein Ja:

Sonstige Nein Ja:

Mandelentzündung Nein Ja:

Mittelohrentzündung Nein Ja:

Infektneigung Fieberkrämpfe

Operationen:

Medikamente:

Therapien:

Motorik

Erstes Robben mit....Monaten, Schwierigkeiten Nein Ja

Erstes Krabbeln mit....Monaten, Schwierigkeiten Nein Ja

Erstes Sitzen mit....Monaten, Schwierigkeiten Nein Ja

Erstes Stehen mit....Monaten, Schwierigkeiten Nein Ja

Erstes Laufen mit....Monaten, Schwierigkeiten Nein Ja

Schwierigkeiten der Grobmotorik Nein Ja:

Feinmotorik Nein Ja:

Koordination Nein Ja:

Sonstiges: Gibt es noch etwas wichtiges, was Sie nicht gefragt wurden?

.....
.....

Ich wurde darüber aufgeklärt:

- *wie hoch der Stundensatz pro Behandlung ist.*
- *dass eine private oder gesetzliche Krankenversicherung die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt. Ich werde die Krankenkasse für eine entsprechende Klärung selbst kontaktieren. Im Falle einer Nichterstattung sind die Behandlungskosten von mir selbst zu tragen.*
- *dass jede einzelne Therapieeinheit direkt im Anschluss bar oder per EC- Karte zu bezahlen ist.*
- *vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.*

*Hiermit erkläre ich, nach Darlegung jeglicher Risiken und Konsequenzen, mein persönliches Einverständnis zur Behandlung meiner Beschwerden durch:
Anna Marlen Fürstmann, Praxis für Osteopathie, Friedrich-Engels-Str.15, 17268 Templin.*

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

.....
Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)