

Praxis
Thomas Hoffmann
Nikolausberger Weg 20
37073 Göttingen
0551-29177015

Name, Vorname des Kindes _____

Geb.-Datum des Kindes _____

Name, Vorname der Mutter _____

Name, Vorname des Vaters _____

Über wen ist das Kind versichert? _____

Adresse _____

Telefon Privat _____

Telefon Mobil _____

Email _____

Hebamme _____

Kinderarzt _____

Sonst. behandelnder Arzt _____

Krankenkasse _____

1. Welche Probleme/Beschwerden/Veränderungen/Störungen sind Anlass zur Vorstellung?

2. Seit wann bestehen diese Probleme?

3. Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

Vorgeschichte zu verschiedenen Symptomen der bisherigen Kindheit

Stillen, Nahrungsaufnahme, Verdauung, Schlaf

Wie lange haben Sie gestillt? _____

Still Schwierigkeiten: Nein Ja - Welche? _____

Saug Schwierigkeiten (Flasche): Nein Ja - Welche? _____

Spuckte Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme? Nein Ja gelegentlich ständig
 sofort später im Schwall aktuell immer noch ein Problem

Blähungen? keine wenig stark ausgeprägt

Verstopfungen? Nein Ja

„3-Monats-Koliken“? Nein Ja

Einschlafprobleme? Nein Ja

Durchschlafprobleme? Nein Ja

Haltung, Koordination, Verhalten

Überstreckung des Körpers Überstreckung des Kopfes

Bevorzugung einer Körperseite Nein Ja - Welche? _____

Körperliche Unruhe als Baby Nein Ja

Weint viel Nein Ja Wie oft am Tag? _____ Wie viele h/Tag insgesamt? _____

Ist die Spannung des Körpers/der Muskulatur nach Ihrem Empfinden normal
 herabgesetzt gesteigert den ganzen Körper betreffend einseitig

Motorik

<u>Schwierigkeiten</u> beim		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	erste selbständige Bewegung mit:
Drehen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Robben		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Krabbeln		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Sitzen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Stehen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Laufen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alter: _____ Monaten
Schwierigkeiten der	Grobmotorik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Welcher Art	_____
	Feinmotorik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Welcher Art	_____
	Koordination	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Welcher Art	_____

Sehstörungen? Nein Ja - Welche _____

Hörstörungen? Nein Ja - Welche _____

Konzentrationschwächen/Aufmerksamkeitsstörungen? Nein Ja

Verstärkte Aktivität (Hyperaktivität) Nein Ja Autistische Züge Nein Ja

Skoliose Nein Ja Hüftdysplasie Nein Ja

Ultraschalluntersuchung Nein Ja - wann? _____ Ergebnis: _____

Fußfehlstellungen Nein Ja - Welche? _____

Bronchitis häufig Nein Ja Lungenentzündung Ja - Wann _____

Mandelentzündung häufig Nein Ja Mittelohrentzündung erstmals: _____ häufig

Epilepsie Paukenerguß Fieberkrämpfe Lähmungen _____

Operationen: _____

Für weitere Angaben bitte die Rückseite benutzen.

Raum für zusätzliche Anmerkungen
