

# Anamnese– Fragebogen Kinder 0-12 Jahre

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Name:                        | Geburtstag:   |
| Vorname:                     | Mobil:        |
| Straße:                      | Email:        |
| PLZ/ Ort:                    | Krankenkasse: |
| Name Erziehungsberechtigter: |               |

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.  
Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

## Allgemeines:

Schildern Sie kurz den Grund für den Termin:

Bestehen gesundheitliche Vorerkrankungen oder Operationen?

*Wenn ja, welche?*

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

*Wenn ja, welche?*

Gibt es bekannte Allergien?

*Wenn ja, welche?*

Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle?

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen?

*z.B. Asthma?*

Gibt es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme?

*Wenn ja, in welchen Bereichen?*

Aktuelles Körpergewicht ca. \_\_\_\_\_Kg.

Aktuelle Körpergröße ca. \_\_\_\_\_ cm

Gibt es bestimmte Diäten oder Ernährungsrichtlinien?

Mit wie vielen Monaten konnte Ihr Kind: krabbeln\_\_\_\_\_/ frei Gehen\_\_\_\_\_/

2 Wort Sätze bilden\_\_\_\_\_

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

*Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Andere:*

Gab es größere Infekte:

*Bronchitis, Nebenhöhlenentzündung, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, Blasenentzündung (wie häufig?)*

Hat ihr Kind Impfungen erhalten?

Welche?

Wann?

Gab es Reaktionen auf die Impfung/en?

Wie schläft Ihr Kind?

*z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeit beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähne knirschen*

Welche Einschlafhilfen hat

*es z. b. Tragen, Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen, Kontakt, etc.*

Schlafenszeiten (von-bis) ca.: \_\_\_\_\_

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang: \_\_\_\_-\_\_\_\_ x Tag oder \_\_\_\_ - \_\_\_\_ x Woche

Hat Ihr Kind Probleme beim Stuhlgang?

*z.B. Schmerzen, Angst, harter Stuhl, häufiger Durchfall, Inkontinenz, etc.*

Gibt es Probleme mit der Harnblase?

*z.B. häufige Harnwegsinfekte, auffällig häufiger Harndrang, obwohl trocken einnässen bei Stress, in der Nacht oder am Tage, auffälliges Trinkverhalten, wann war ihr Kind trocken\_\_\_\_/ Kind ist noch nicht trocken*

Augen

*Bindehautentzündung, Fehlbildung, Schielen, dauerhaft tränende Augen, etc.*

Träge Ihr Kind eine Brille?

*Wenn ja, welche Stärke re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_*

Zähne:

*Zahnspange, auffällig starke Schmerzen beim Zahnen, zusätzliche Zähne, fehlende Zahnanlagen, viel Karies, Wurzelentzündungen, etc.*

Gibt es Probleme an den Organen?

*z.B. Fehlbildungen, Herzfehler, Funktionsprobleme?*

Sonstiges:

# Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

*z.B.: Medikamenteneinnahme, Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Unfälle, Infekte (Mutter/Kind), besonderen Stress der Mutter, emotionale Krise der Mutter*

Wie war die Geburt?

*Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, medikamentöse Einleitung, PDA, Kristeller, Schmerzmedikamente, sonstige Probleme*

Diese Angaben finde Sie im Mutterpass und im U-Heft:

Schwangerschaftswoche\_\_\_\_\_ SSW

Geburtsgewicht\_\_\_\_\_ g Größe\_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang\_\_\_\_\_ cm

pH-Wert der Nabelarterie \_\_\_\_\_

APGAR \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

Wievielte Schwangerschaft\_\_\_\_\_ Wievielte Geburt\_\_\_\_\_

gestillt ja/ nein; Wie lange gestillt: \_\_\_\_\_ Monate

Zeugungshilfe: Keine, Insemination, Hormonangaben, IVF, ICSI

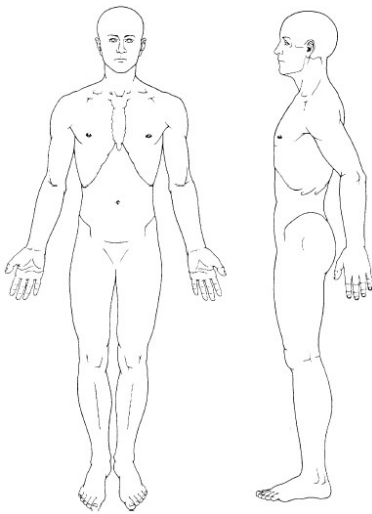
Geschwister (gerne Name und Alter):\_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer *Familie* bekannt? Bitte unterstreichen Sie diese.**

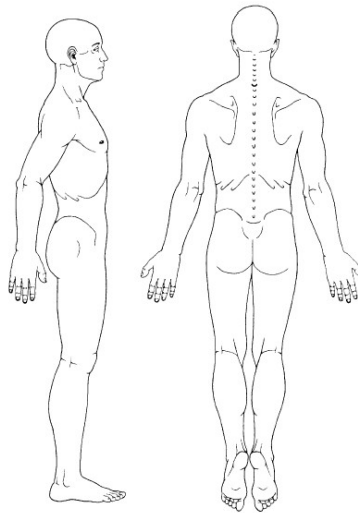
*z.B. Tumore, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Fibromyalgie, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, Osteoporose*

Bitte markieren Sie genau den *Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung*,  
Narben in **Rot** einzeichnen

Links



Rechts



Über eventuelle Gefahren therapeutischer Maßnahmen ist aufzuklären:

- Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
- Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter.
- Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.

Bitte beachten Sie, dass bei:

- **Kindern 3 Tage vor und 8 Tage nach einer Impfung und**
- **bei erhöhter Körpertemperatur keine osteopathische Behandlung stattfinden sollte!**

Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Seit dem 01.12.2012 erlassen auch einige Gesetzliche Krankenversicherungen beschränkt osteopathische Leistungen. Allerdings muss in diesem Fall eine **ärztliche Bescheinigung /Rezept vor Behandlungsbeginn** vorliegen, welches eine osteopathische Behandlung anfordert.

Wenn Sie wissen möchten, in welchem Umfang Ihre Krankenkasse die Kosten für die osteopathische oder private Behandlung PT übernimmt, sollten Sie dies bitte im Vorfeld selbst mit Ihrer Krankenkasse klären.

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (PT). Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen sowie die freiwilligen Zuschüsse durch die gesetzlichen Krankenkassen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens einen Werktag vorher ab. Bei einem Termin am Montag, bitten wir um Absage bis spätestens Freitagnachmittag. Bei zu später Absage müssen wir Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen. Gemäß §615

Preise: Kinder Osteopathie 54 Euro/ Dauer ca. 25 Minuten

Tapeanlage etc.: ca. 15€

Wir möchten Sie informieren, dass ab Januar 2026 unsere Preise angepasst werden.

Kinder Osteo 60 Euro/ Dauer ca. 25 Minuten

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)