

Fragebogen für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen

Liebe Eltern

Der Fragebogen dient als ein Teil der Befunderhebung, die für eine fundierte physiotherapeutische Behandlung wichtig sein kann. Fragen in Klammern bitte zutreffendes ankreuzen.

All Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Für einen reibungslosen Ablauf ist es notwendig, dass Sie den Fragebogen vor der ersten Behandlung beantworten. Wenn Sie Fragen haben wenden Sie sich bitte an uns.

Organisatorisches:

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde und radiologische schreiben (Röntgen, CT, MRT) mit.

Schwangerschaftsverlauf

Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)? (JA) (NEIN) Welche? _____

War der Eintritt des Kindes im Becken zu früh? (JA) (NEIN) Wann? _____

Traten noch andere Probleme während der Schwangerschaft auf? Welche? _____

Die Entbindung

Wie kam das Kind zur Welt? Gab es irgendwelche Besonderheiten?

Nach der Geburt

Lag eine Zyanose vor (war das Kind blau)? (JA) (NEIN)

Wie war die Schädelform des Kindes? _____

Gab es Gesichtsanomalien? (JA) (NEIN)

Lagen Ödeme (Schwellungen) vor? (JA) (NEIN)

Waren die Reflexe normal? (JA) (NEIN)

Konnte ihr Kind von Anfang an saugen? (JA) (NEIN)

Mussten bei dem Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel eingesetzt werden? (JA) (NEIN)

Wie war der APGAR (Herzfrequenz, Atemanstrengung, Muskeltonus, Hautfarbe)?

Die Entwicklung des Kindes

Bestand ein Strabismus (Schielen)? (JA) (NEIN)

War es permanent da? (JA) (NEIN)

Hat das Kind eine bevorzugte Seite beim Schlafen oder Stillen? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? _____

Saugt schluckt das Kind normal? (JA) (NEIN)

Gibt es Probleme der Regurgitation (Spuckkinder)? (JA) (NEIN)

Schreit ihr Kind häufig? (JA) (NEIN)

Hat ihr Kind besondere Angewohnheiten (kratzen, oder schlägt es mit dem Kopf gegen das Bett usw.)? (JA) (NEIN)

Welche _____

Haben sich die Fontanellen zum üblichen Termin geschlossen? (JA) (NEIN)

Hat der Schäeldurchmesser regelmäßig zugenommen? (JA) (NEIN)

Hat ihr Kind das Bedürfnis, an seinem Daumen zu lutschen? (JA) (NEIN)

Bekommt ihr Kind Zähne regulär? (JA) (NEIN)

Hat es beide Arme und Beine auf dieselbe Art benutzt? (JA) (NEIN)

Wie verlief das Krabbeln? _____

Wie verlief das Gehen lernen? _____

Wie verlief die Sprechphase? _____

Leidet ihr Kind an Enuresis (Bettnässen)? (JA) (NEIN)

Verläuft das Wachstum normal? (JA) (NEIN)

Welcher Vorsorgeuntersuchungen wurden bisher gemacht? _____

Hat Ihr Kind aktuell eine Infektionskrankheit wo ein Behandlungsverbot besteht?

Bitte unterstreichen Sie zutreffendes

(Mumps) (Röteln) (Scharlach) (Windpocken) (Keuchhusten) weitere: _____

Hat Ihr Kind eine meldepflichtige Infektionskrankheit? (JA) (NEIN) Welche? _____

Bitte unterstreichen Sie zutreffendes

z.B. (Tuberkulose) (Diphtherie) (Poliomyelitis) (Röteln bei Schwangeren und Babys) (Masern)

Finkensiep
Praxis für Physiotherapie
Vielen Dank für Ihre Mithilfe
seit 1977



Datum: _____ Unterschrift: _____