

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 Versicherten _____

Adresse mit PLZ _____

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?

Schwangerschafts- und Geburtsgeschichte

Haben Sie mehrere Kinder? **Nein** **Ja** - Wie viele? _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft? **Nein** **Ja** - Welche? _____

Schwangerschaftsdauer: _____ SSW

Geburtsdauer (ab Einsetzen regelmäßiger Wehen): _____

geplanter Kaiserschnitt vaginale Geburt Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt
 Saugglocke Zangengeburt Dammschnitt

wehentreibende Mittel: **Nein** **Ja** - Welche? _____

Komplikationen unter der Geburt: **Nein** **Ja** - Welche? _____

Gewicht des Säuglings bei Geburt: _____ g

Größe: _____ cm

Verringertes Fruchtwasser: **Ja** **Nein**

Nabelschnur um den Körper: **Ja** **Nein**

um den Kopf: **Ja** **Nein**

Blaue Verfärbung des Säuglings nach der Geburt: **Ja** **Nein**

Notsituation (Beatmung o.ä.): **Ja** **Nein**

Kindslage bei der Geburt (Bitte eintragen, was Sie über die Lage wissen.):

Kopflage (HHL rechts, links, vordere, hintere) Beckenendlage „Sterngucker“
andere Kindslage: **Nein** **Ja** - Welche? _____

Verletzungen bei der Geburt

Schlüsselbeinbruch: **Ja** **Nein**

Nervenschädigung am Hals/Schulter (Plexus): **Ja** **Nein**

Andere Verletzungen: **Ja** **Nein**

Nach der Geburt

Entlassung mit Ihrem Kind: **Ja** **Nein**

Behandlung in der Kinderklinik: **Ja** **Nein**

Behandlung auf Frühgeborenen-Intensiv: **Ja** **Nein**

Eigene Ergänzungen:

Vorgeschichte zu verschiedenen Symptomen der bisherigen Kindheit

Stillen, Nahrungsaufnahme, Verdauung, Schlaf

Wie lange haben Sie gestillt? _____

Stillschwierigkeiten: Nein Ja - Welche? _____

Saugschwierigkeiten (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
