

## für Babys und Kinder (0-4 Jahre)

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname meines Babys/Kindes

\_\_\_\_\_  
Datum

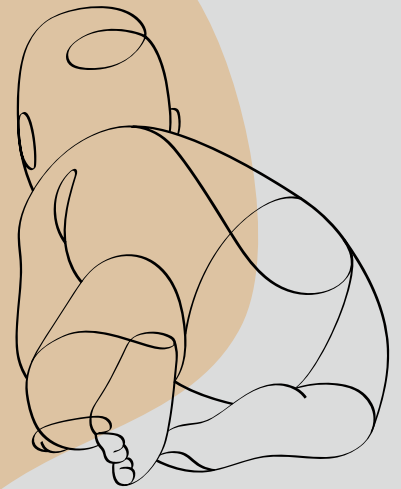
\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Berufliches Tätigkeitsfeld

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (mit guter Erreichbarkeit)



### Angaben zum Baby/Kind

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wer war/ist die betreuende Hebamme?

\_\_\_\_\_  
Wer ist der/die behandelnde Kinderarzt/-ärztin?

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mich bei Bedarf auch an andere Gesundheitsexpert\*innen, z.B. an den Kinderarzt/die Kinderärztin wende und den Behandlungsfall bespreche?

Ja  Nein

Übernimmt Ihre Krankenkasse ganz oder teilweise die Kosten für heilpraktische Behandlungen?

Ja  Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die gegebenenfalls die Kosten für eine heilpraktische Behandlung übernimmt?

Ja  Nein

### Schwangerschaft

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Schwangerschaften

Gab es vorhergegangene Fehlgeburten?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wie viele Wochen dauerte Ihre Schwangerschaft?

Wie war Ihr Gesundheitsstatus während der Schwangerschaft? Gab es Komplikationen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie Beschwerden im Rücken und/oder Beckenbereich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mussten Sie während der Schwangerschaft und/oder Stillzeit Medikamente nehmen? Wenn ja, welche?

SEITE 2/4

---

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

Gab es Genussmittelkonsum während der Schwangerschaft, wie z.B. Koffein, Nikotin und/oder Alkohol?

---

Hatten Sie Sorge im Bezug auf die Schwangerschaft und/oder Geburt?

---

---

Wie lag Ihr Baby im Bauch?

Kopflage     Kopflage/Sternengucker     Querlage     Schräglage

## Angaben zur Geburt

Wo fand die Geburt statt? \_\_\_\_\_

Wie lange hat die Geburt gedauert? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bzw. kam es zu Geburtsverletzungen bei Ihrem Baby?

---

---

Handelte es sich um eine spontane oder eingeleitete Geburt?

Spontan     Eingeleitet

Wurden Hilfsmittel, wie z.B. eine Saugglocke verwendet? Wenn ja, welche?

Ja     Nein

---

---

Gab es einen Kaiserschnitt? Wenn ja, planmäßig oder einen Not-Kaiserschnitt?

Kaiserschnitt     Not-Kaiserschnitt

Haben Sie die Geburt als traumatisch empfunden?

---

## Angaben zum Baby/Kind

Warum möchten Sie Ihr Baby/Kind chiropraktisch behandeln lassen?

Vorsorge     Problembehandlung

Wenn Problembehandlung, was führt Sie zu uns und wie lange besteht das Problem?

---

---

---

Welche Größe und welches Gewicht hatte Ihr Baby nach der Geburt?

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_ Körperlänge \_\_\_\_\_

Wie viele nasse Windeln erzeugt Ihr Baby an einem Tag? \_\_\_\_\_

Stillen Sie? Wenn ja, gibt es dabei Probleme?

---

---

Hat Ihr Baby/Kind eine Lieblingsseite? Wenn ja, welche?

Links  Rechts

Ist/war Ihr Baby/Kind in einer Fehlhaltung? Wenn ja, welche?

---

---

Ist/war der Hinterkopf auf einer Seite flacher?

Ja  Nein

Gibt/gab es Probleme beim Schlafen?

---

---

Hat Ihr Baby/Kind Verdauungsprobleme?

---

---

Ist der Mund Ihres Babys/Kindes beim Schlafen geschlossen?

Ja  Nein

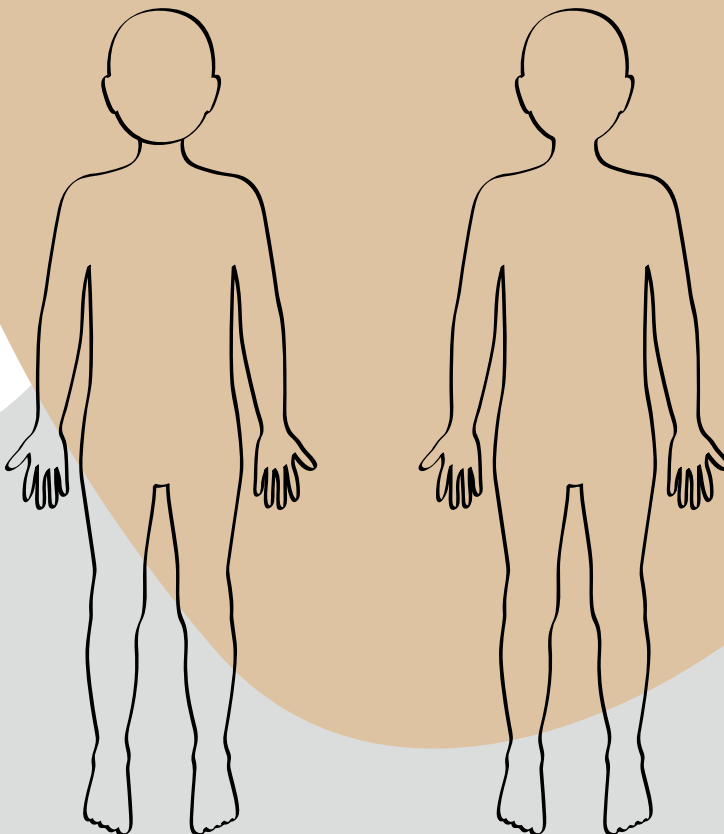
Kann Ihr Baby/Kind die Zunge rausstrecken?

Ja  Nein

Wie viele Stunden schläft Ihr Baby/Kind an einem Tag?

---

Hat Ihr Baby/Kind Schmerzen? Wenn ja, wo?  
Bitte rechts einkreisen.



Vorderseite

Rückseite

Gab es Operationen, Unfälle oder Stürze?

---

---

Wie ist der Apgar-Wert – Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe – (steht im Kinderuntersuchungsheft) Ihres Babys/Kindes?

---

Gab es Impfreaktionen?

---

---

---

Hat Ihr Baby/Kind schon eine andere Behandlung erhalten?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Behandlung und hat diese Behandlung geholfen?

---

---

---

Nimmt Ihr Baby/Kind momentan Medikamente? Wenn ja, welche?

---

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

---

---

---

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.  
Meine eigenen Fragen wurden ausreichend beantwortet.  
Ich bin mit dem heutigen Beginn der Behandlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r