



— Dr. Dirksen —

AMERIKANISCHE CHIROPRAKTIK AUS LÜBECK

## ANAMNESEBOGEN KINDER

Bitte lesen Sie die folgenden Dokumente aufmerksam, beantworten Sie die Fragen, die auf Ihr Kind zutreffen und unterschreiben an den gekennzeichneten Stellen.

### PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Straße, Nr.:

PLZ: \*

Ort: \*

Email

Betreuung

Geschwister

Krankenversicherung:

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Zusatz

Name der Krankenversicherung

Wie sind Sie auf Chiro-Dirksen aufmerksam geworden?

## SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT:

Schwangerschaftsverlauf normal?

Ja            Nein

Gab es Komplikationen?

Ja            Nein

Geburt mehr als 10 Tage zu spät?

Ja            Nein

Wird / wurde das Kind gestillt?

Ja            Nein

Gab es Stillschwierigkeiten?

Ja            Nein

Sonstiges

Geburt mehr als 2 Wochen zu früh?

Ja            Nein

Welche?

PDA - Saugglocke - Zange - Kaiserschnitt?

Ja            Nein

Wie lange?

Welche?

## BABY 0 BIS 1 JAHR:

Kann das Köpfchen nicht halten? (ab 12 Wochen)

Ja            Nein

Zeigt deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)?

Ja            Nein

Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang?

Ja            Nein

Hat eine Liegeglatze?

Ja            Nein

Rücken überstreckt sich stark?

Ja            Nein

Pofalte schief?

Ja            Nein

## BABY 0 BIS 1 JAHR:

Dreht sich überwiegend in eine Richtung?

Ja                  Nein

Liegt nur auf dem Bauch?

Ja                  Nein

Weint viel ( mehr als 3 Stunden an drei aufeinander folgenden Tagen)?

Ja                  Nein

Hat Blähungen / Koliken

Ja                  Nein

Schlafverhalten:

schläft durch

schläft kurz und unruhig

schläft schlecht ein

Sonstiges:

## KLEINKIND 1 BIS 6 JAHRE:

Hat das Krabbeln ausgelassen?

Ja                  Nein

Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt?

Ja                  Nein

Zehenspitzenläufer?

Ja                  Nein

Sprachentwicklung nach 18. Lebensmonat

Ja                  Nein

Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen?

Ja                  Nein

Ist ängstlich z.B. beim Klettern?

Ja                  Nein

Hat Schwierigkeiten beim Fangen eines Balls?

Ja                  Nein

Schnuller oder Daumen zur Beruhigung?

Ja                  Nein

Infektanfälligkeit?

Ja                  Nein

Allergien?

Ja                  Nein

Sonstiges:

## SCHULKIND AB 6 JAHRE:

Sprachprobleme

Ja            Nein

Zähneknirschen

Ja            Nein

Leseschwierigkeiten

Ja            Nein

Konzentrationsmangel

Ja            Nein

Schreibschwierigkeiten

Ja            Nein

Kopfschmerzen

Ja            Nein

Müdigkeit

Ja            Nein

Schlafprobleme

Ja            Nein

Trägt Zahnklammer seit:

Ja            Nein

Unfälle / Operationen:

Ja            Nein

Stottern

Ja            Nein

Kieferschmerzen

Ja            Nein

Abschreibschwierigkeiten

Ja            Nein

ADS, ADHS (Konzentrationsschwäche)

Ja            Nein

Rechenschwierigkeit

Ja            Nein

Bauchschmerzen/Verdauungsprobleme

Ja            Nein

Unruhe / Ängste

Ja            Nein

Probleme im Sportunterricht

Ja            Nein

seit wann?

Sonstiges

Wieviele Stunden pro Tag Nutzung digitaler Medien?

Besondere Stressfaktoren?

Verlust

Trennung der Eltern

Schule

Kindergarten

Sonstiges?

Medikamente?

Ja

Nein

Welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum:

Ort:

Unterschrift: