



Name:.....
Geburtstag:
Tel.: oder
Adresse:
.....
.....
Konsultationsgrund:
.....
.....

Datum:

Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftsdauer: SSW, termingerecht: nein / ja
Besonderheiten in der Schwangerschaft (z.B. Erkrankungen, Unfall, Medikamenteneinnahme, Übelkeit / Erbrechen, vorzeitige Wehen)? nein / ja,
.....
Anzahl Geschwisterkinder:.....
Geburtsdauer: h,
Wehentreibende Medikamente: nein / ja, Mehrlingsgeburt: nein / ja,
Geburtsmodus: Spontan / Dammschnitt / Saugglocke / Zange / Kaiserschnitt (p / s)
Kindslage bei Geburt: Hinterhauptslage / Stirnlage / Gesäßlage / Querlage / andere Lage:
Größe: nach Geburt jetzt
Gewicht: nach Geburt jetzt
Kopfumfang:..... Apgar-Werte:/...../.....
Nabelschnur: um den Körper / um den Kopf /
Lagerung unter der Geburt: Bonding?
Verletzungen unter der Geburt: nein / ja,
Sonstiges:

Stillen, Nahrungsaufnahme und Verdauung

Haben Sie gestillt? nein / ja, wie lange: Monate
Wurde vorzeitig abgestillt? nein / ja, warum:
Gab es Still Schwierigkeiten? nein / ja, welche:
Gab es Saugprobleme? nein / ja, welche:
Spucken nach Nahrungsaufnahme? nein / ja: sofort / später / gelegentlich / ständig
Erbrechen? nein / ja: sofort / später / wenig / viel
Blähungen / Koliken? nein / ja: mäßig / stark ausgeprägt
Schluckauf? nein / ja: gelegentlich / täglich/ mehrmals täglich
Probleme beim Einschlafen? nein / ja: (Nacht).....
Ernährung: Vorliebe / Abneigungen? nein / ja:
Sonstiges:

Haltung, Lagerung und Bewegung

Schiefe Haltung im Liegen? nein / ja:

Bevorzugte Kopfdrehhaltung? nein / ja:

Überstreckung des Kopfes? nein / ja:

Lagerung tagsüber: BL:

Muskeltonus: normal / verstärkt / vermindert / einseitig / der ganze Körper

Schwierigkeiten beim Robben / Krabbeln / Sitzen / Stehen / Laufen?

Manifestationsalter: / / / / Monate

Schwierigkeiten der Grobmotorik / Feinmotorik / Koordination / Hüpfen (beidbeinig) / Hüpfen (einbeinig)?

Sonstiges:

Entwicklung

Liegen Sehstörungen vor? nein / ja:

Liegen Hörstörungen vor? nein / ja:

Konzentrationsstörungen? nein / ja:

Störungen der Sprachentwicklung? nein / ja:

Zeichen von Hyperaktivität? nein / ja:

Zeigen sich autistische Züge? nein / ja:

Allgemeinerkrankungen

Angeborene Organdefekte? nein / ja:

Allergien? nein / ja:

Bronchitis? nein / ja, in welcher Ausprägung:

Mittelohrentzündung? nein / ja: einmalig / chronisch

Mandelentzündung? nein / ja: einmalig / chronisch

Fieberkrämpfe? nein / ja

Operationen? nein / ja:

Stoffwechselerkrankungen? nein / ja:

Familiäre Erkrankungen? nein / ja:

Orthopädische Erkrankungen? nein / ja:

Impfungen? nein / ja:

Impfreaktionen? nein / ja:

Medikamente? nein / ja:

Kinderkrankheiten? nein / ja:

Sonstiges: