



Praxis für Naturheilkunde  
Heilpraktikerin  
**SUSANNE STOLZ**

**CHIROPRACTIC  
OSTEOPATHIE  
MASSAGEN  
HOMÖOPATHIE  
EMA-TRAINING**

SUSANNE STOLZ · Heilpraktikerin · Saarbrücker Str. 22a · 66399 MBT-Ommersheim

## Osteopathie für Ihr Kind – Anamnesebogen

Geschlecht: männlich  weiblich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ.-Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes/Therapeuten \_\_\_\_\_

Anschrift Hausarzt/Therapeut \_\_\_\_\_



### Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangengeburt
- Saugglocke
- langwierige Geburt
- schnelle Geburt

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Saarbrücker Str. 22 a  
66399 Mbt.-Ommersheim  
Fon 0 68 03/86 62  
Fax 0 68 03/99 43 61

info@naturheilkunde-stolz.de  
www.naturheilkunde-stolz.de  
www.beckenboden-saarland.de

Bankverbindung:  
Kreissparkasse Saarpfalz  
IBAN DE63 594 500 10 10 10 62 55 05  
BIC: SALADE51HOM

ST. Nr. 085/278/01207  
US-IdNr.: DE173954994

## Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

- Ja                       Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurde=> wann, was und wie wurde operiert?

---

---

War/Ist Ihr Kind in zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja                               Nein

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Ja                               Nein

Hat Ihr Kind Augenschmerzen/Sehprobleme?

- Ja                               Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

- Ja                               Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Ja                               Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/ Konzentrationsprobleme?

- Ja                               Nein

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind täglich intensiv die Augen (Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone...)? \_\_\_\_\_

Welche Therapien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie,.....)? \_\_\_\_\_

- Komplikation z. B. Sauerstoff (zyanotisch) während der Geburt – wenn ja, welche?
- 

- Besonderheiten nach der Geburt? – z.B. Hämatome
- 

### Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asymmetrien des Kopfes               | <input type="checkbox"/> Trink/Schluckstörung     |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltungen des Körpers          | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes |
| <input type="checkbox"/> Schielen                             | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss    |
| <input type="checkbox"/> Augensenkung                         | <input type="checkbox"/> Schulterluxation         |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie                        | <input type="checkbox"/> Koliken                  |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht                            | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen        |
| <input type="checkbox"/> motorische Auffälligkeiten (welche?) |   |
- 

- andere schwere Infektionen – welche?
- 

Krabbelte Ihr Kind?

- Ja  Nein

### Krankengeschichte

Traumata und Unfallhistorie

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/Steinbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche    | <input type="checkbox"/> Fuß-, Knieluxationen        |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle     | <input type="checkbox"/> Auto-, Fahrradunfälle       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  |  |

### Weitere Erkrankungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf                              | <input type="checkbox"/> Blase/Niere                   |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane                            | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane ♂            |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden ♀                  |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                             |  |