



Dr. med. Rolf Hansen

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Chirotherapie, Rheumatologie, Akupunktur  
Osteopathie, Sportmedizin, Unfallarzt der BG

## Patientenfragebogen (Kinder)

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname d. Kindes : \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**Sind Familienmitglieder / Eltern oder Geschwister betroffen von: Hüftdysplasie**

(Säuglinge mit Spreizhose) Ja  nein

**Rheuma**

Ja  nein

**Osteoporose**

Ja  nein

**Gab es während Ihrer Schwangerschaften Probleme:**

Nein  Ja  und zwar: \_\_\_\_\_

**Dieses ist das \_\_\_\_ Kind der Mutter aus der \_\_\_\_ Schwangerschaft**

Zangengeburt  Kaiserschnitt  Spontangeburt  Vakuumgeburt

**Frühgeburt?** Ja  nein  Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Wie lange hat die Geburt gedauert? (von der ersten bis zur letzten Wehe)** \_\_\_\_\_

**War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig?**

Ja  nein

**Wenn ja, Einzelheiten:** \_\_\_\_\_

**Besonderheiten bei/nach der Geburt des Kindes?**

[ ] Schädelverformung [ ] viele blaue Flecken [ ] Nabelschnurvorfal [ ] Sauerstoffunterversorgung [ ] Gelbsucht [ ] sehr viel Käseschmiere

**Intensivstation nach der Geburt?**

Ja  nein

Wenn ja, kam es dadurch zu einer längeren Trennung? Ja  nein

Hatte ihr Kind in den ersten 13 Lebenswochen Schwierigkeiten beim [ ] Saugen an der Brust

[ ] Trinken aus der Flasche; Hat es viel gespuckt? Ja  nein

**Dauerte es länger als 4 Monate bis es seinen Kopf hochhalten konnte?** Ja  nein

**War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend stilles/ruhiges Baby?** Ja  nein

War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat...

sehr aktiv und fordernd? Ja  nein  / schlief es wenig? Ja  nein  / schrie ständig? Ja  nein

**War Ihr Kind ein „Kopfstößer“ ? (Absichtlich mit dem Kopf auf Gegenstände)** Ja  nein

**Gibt es eine Vorgeschichte mit Kopfverletzungen?** Ja  nein

**Hat Ihr Kind sich ab dem ca. 6. Monat vom Rücken auf den Bauch gedreht?** Ja  nein

**Wie hat sich ihr Kind fortbewegt?** [ ] erst auf dem Bauch kriechend [ ] dann auf Händen und Knien krabbelnd [ ] rollend [ ] auf dem Po rutschend [ ] Bärengang

Hat ihr Kind später als >1,5 Jahre oder früher als <12 Monate laufen gelernt? Ja  nein

Hat ihr Kind später als >2,5 Jahre sprechen gelernt? (Zwei-Dreiwortsätze) Ja  nein

**Hatte ihr Kind in den ersten 18 Monaten Krankheiten die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren?** Ja  nein

Falls ja, konnte es danach etwas nicht mehr so gut wie vorher? \_\_\_\_\_

Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selber anziehen zu lernen?

Ja  nein

Litt oder leidet Ihr Kind unter [ ] Hautproblemen [ ] Asthma

Ja  nein

**BITTE WENDEN!**

Zeigt es allergische Reaktionen? Ja  nein   
Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

Gab es auffällige Impfreaktionen? Ja  nein   
Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

Lutschte Ihr Kind bis ca zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen? Ja  nein   
Falls ja:  links  rechts

Bettnässen nach dem 5. Lebensjahr? Ja  nein

Besonderheiten bis zum Vorschulalter? Ja  nein   
**Wenn ja welche?** \_\_\_\_\_

---- Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, bis sie altersgemäß nicht mehr zutreffen ----

**6. – 8. Lebensjahr:**

**Reiseübelkeit?** Ja  nein  Schwierigkeiten in der 1.+2. Klasse Lesen zu lernen? Ja  nein   
Schwierigkeiten beim Schreiben lernen? Ja  nein  Probleme nach Druckschrift Schreibschrift zu  
lernen? Ja  nein  Konnte es die Uhr lesen? Ja  nein  Schwierigkeiten beim Zeitgefühl?  
(Wochentage/Monate) Ja  nein

Schwierigkeiten beim Fahrradfahren lernen  Schwimmen lernen   
Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? Ja  nein

**Hatte ihr Kind zwischen 18 Monaten und 8 Jahren Krankheiten die mit hohem Fieber und/oder  
Krämpfen verbunden waren?** Ja  nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Häufige Infektionen an:  Hals  Nase  Ohren? Ja  nein   
Augen-Hand-Koordinationsprobleme? (z.B. Ball fangen) Ja  nein

**8. - 10. Lebensjahr:**

**Schwierigkeiten beim  still sitzen? Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen?** Ja  nein   
Macht Ihr Kind zahlreiche Fehler, wenn es aus einem Buch/von der Tafel abschreibt? Ja  nein   
Verdreht es in der Schule beim Aufsatzschreiben gelegentlich die Buchstaben oder lässt einzelne  
Buchstaben weg/oder Zahlendreher? Ja  nein   
Besonders schreckhaft bei unerwarteten Geräuschen/Bewegungen? Ja  nein

**Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerz / Migräne?** Ja  nein

**Hat Ihr Kind Schluckstörungen / Knacken beim Kauen oder Gähnen,  
Zähne-Knirschen/Pressen oder Schmerzen vor dem Ohr?** Ja  nein

**Kaut Ihr Kind regelmäßig harte Nahrung (Nüsse, Vollkornbrot)?**  
Ja  nein

**Kann ihr Kind ein großes Stück aus einem frischen Apfel heraus beißen?**  
Ja  nein

Ernährungsverhalten (zB. vegetarisch) \_\_\_\_\_

Besondere Familiensituation? \_\_\_\_\_

Findet gerade eine Therapie statt? (z.B. Krankengymnastik) \_\_\_\_\_

**Bitte informieren Sie uns bei gravierenden Änderungen!**

Datum: ..... Unterschrift: .....