

Fragebogen Kinder

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: des Kindes _____

Geburtsdatum: der Mutter _____

Adresse: _____

Schwangerschaft:

Wievielte Schwangerschaft/ Geburt?

Verlauf?

Operationen/ Verletzungen der Mutter in der Schwangerschaft?

Evtl. Ärztliche/ physiotherap. / osteopathische Behandlungen der Mutter?

Medikamenteneinnahme der Mutter in der Schwangerschaft / Stillzeit

Geburt:

Zum errechneten Zeitpunkt? _____

Dauer? _____

Art der Entbindung? _____

Verlauf? _____

Provoziert: Unterstützt/ Eingeleitet? : _____

Position des Kindes vor Geburt:

Hinterhauptslage (= normal)

Sternengucker ?

Beckenendlage?

Andere?

Komplikationen? :

Nabelschnur um Hals oder Kopf ?

Weitere? :

Kristeller Handgriff?

Saugglocke/ Zange Hilfe?

Kaiserschnitt: geplant?

Not – Kaiserschnitt?

Narkose lokal?

PDA?

Vollnarkose?

Frühchen?

Geburtsdaten:

Gewicht? Größe? Kopfumfang? APGAR Index? ph. Wert
(Nabelschnur)

Wie war der erste Atemzug des Kindes = Initialschrei?
(falls bekannt)

Medikamente für das Kind nach der Geburt ? Impfungen?

Operationen nach der Geburt? Welche?:

Verlauf der ersten Tage?

Wie präsentiert sich das Kind zurzeit?

Wie ist der Schlaf des Kindes?

Überstreckt oder überstreckte sich Ihr Kind häufig?

Grund für ärztliche Konsultationen / Erkrankungen ? :

Was ist zurzeit das Hauptproblem/ Motiv der Konsultation?

Danke