



Fragebogen Säuglinge

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Stammdaten | Datum: _____ |
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | Errechneter Geburtstermin: _____ |
| Geburtsgewicht: _____ | Größe: _____ KU: _____ |
| Krankenhaus: _____ | Nachsorgehebamme: _____ |
| Kinderarzt: _____ | Name eines Sorgeberechtigten: _____ |

Grund des Osteopathie-Termines

Fragen zur Schwangerschaft

- wievielte Schwangerschaft _____ wievielte Geburt _____ Geschwister (Alter): _____
- Besonderheiten (bspw. Blutungen, Eingriffe, Infekte, Liegezeiten, vorzeitige Wehen, besondere psychische Belastungen,...) _____

- Einnahmen von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln der Mutter

- Hat Ihr Baby früh/tief im Becken gelegen? ja nein
- Hat es sich viel bewegt? ja nein
- Hatte Ihr Baby viel Schluckauf ja nein
- Lungenreifeppritze ja nein

Fragen zur Geburt

- Kindslage (Schädellage/Beckenendlage/...): _____
- Geburt: spontan mit Einleitung Saugglocke Geburtszange
 Kristeller-Handgriff (Druck auf den Bauch) Eröffnung der Fruchtblase
- bei Kaiserschnitt: Grund: _____ Not-Kaiserschnitt (Grund: _____)
 geplant (Grund: _____)
- Medikamente: Antibiotika Schmerzmittel PDA Wehentropf
- Probleme mit der Nabelschnur, Plazenta oder Fruchtwasser ja _____ nein
- Wehen ca. _____ Stunden Presswehen: ca. _____
- APGAR-Werte: _____ / _____ / _____

- Zustand nach Geburt (geschrien/apathisch/Saugschwäche/Seitenpräferenz/...)
-

- sonstige Besonderheiten _____

Fragen zum Trinkverhalten & Verdauung

- voll gestillt ja nein zugefüttert
- bei Flaschennahrung: z. Zt. _____ ml / Tag; welche Nahrung? _____
- trinkt Ihr Baby an einer Brust/Seite besser? ja, _____ nein
- verschluckt sich Ihr Baby beim Trinken ja nein
- wie trinkt Ihr Baby? (ruhig, hastig, schläft ein,...) _____
- in welchen Abständen: ca. alle _____ Stunden
- hat ihr Baby häufig Schluckauf? ja nein
- Häufigkeit des Stuhlganges: _____ pro Tag/Woche Konsistenz und Farbe _____
- gehen Blähungen gut ab? ja nein
- Probleme mit Stuhlgang? ja nein

Fragen zum Schlafverhalten und Weinen

- Nachts: _____ Stunden am Stück Tagsüber: ca. _____ mal _____ Stunden am Stück
- Lässt sich ihr Baby auch im Wachzustand gut ablegen? ja nein
- Wie schläft ihr Baby ein? (Schnuller, Tragen, allein...) _____
- Weint Ihr Baby oft, ohne das Sie wissen warum? ja nein
- Wie oft und lange weint Ihr Baby? _____ zu bestimmten Uhr-/Tageszeiten? _____

Fragen zur Entwicklung/Motorik

- Gab es Auffälligkeiten bei einer U-Untersuchung? ja nein
-
- Wurde Ihr Baby bereits geimpft ja, gegen _____ nein
 - Schaut Ihr Baby auf eine Schulter? ja, _____ nein

Fragen bei Intensivmedizinischer Behandlung

- Warum? _____
- Wurde Ihr Baby beatmet? ja, intubiert ja, mit einer Maske (Cpap) nein
- Wurde Ihr Baby mit einer Sonde ernährt, wenn ja: wie lange ja; _____ nein
- Wie lange lag ihr Baby auf Intensiv? _____

Sonstiges

- Erhielten Sie vor der Zeugung Ihres Kindes eine Hormontherapie ja nein
- Wurde Ihr Kind mit Hilfe künstlicher Befruchtung gezeugt, wenn ja welche? ja, _____ nein