

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom: (Datum)

Kinder: 0-1Jahre

<b>Name, Vorname</b>			
Straße, Nr.			
Plz, Ort			
Tel.:		E-Mail:	
<b>Rechnungsempfänger</b>			
<b>zuständige Krankenkasse</b>			
<b>Geburtsdatum</b>	_____	<b>Gewicht</b>	___ kg
		<b>Größe</b>	___ cm
<b>Wieviertes Kind</b>	_____		
<b>Aktuelles Anliegen:</b>	Kontrolle	Wachstumsbegleitung	Beschwerden

Frage	Nein
<b>Dauer der Beschwerde (in Wochen):</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>&lt; 6</span> <span>6 – 12</span> <span>12 – 1 Jahr</span> </div>	
<b>Sind Therapien erfolgt? Welche?</b>	
<b>Haben diese Therapien geholfen?</b>	
<b>Werden Medikamente verabreicht? Welche und wogegen?</b>	
<b>Wurden während der Schwangerschaft oder der Entbindung Medikamente zugeführt?</b> Welche und wogegen? Wehenhemmer                  Wehenunterstützer                  Antibiose                  Mutter                  Kind	
<b>Wann war die letzte Impfung Ihres Kindes? am:</b> Welche? besondere Reaktionen:	
<b>Ist Ihr Kind ein Schreikind?</b> Wann sind die vorwiegenden Schreizeiten	

Frage Essverhalten	J	N
Stillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flasche - seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löffel - seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage Trinkverhalten	J	N
Trinkt gleichmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitig an der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig / schmatzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderte Saugkraft / beißt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom: (Datum)

Kinder: 0-1Jahre

Frage Geburtslage	J	N	Frage Geburt	J	N
Normal			Spontan		
Sternlesgucker			Kaiserschnitt		
Beckenendlage			Notkaiserschnitt		
Andere			Saugglocke		
			Zange		

Frage	Nein
-------	------

**Besonderheiten Geburt**  
 Nabelschnur umwickelt zu kurz mit Fruchtblase geboren grünes Fruchtwasser  
 Sauerstoffunterstützung Andere: \_\_\_\_\_

**Fällt Ihnen bei Ihrem Kind Folgendes auf?**  
 Lieblingsseite Überstreckung abgeflachter Kopf Trinkschwäche

**Hat Ihr Kind allgemeine Verdauungsbeschwerden?**  
 Magen/ Spucken Darm Blähungen Verstopfung

**Stuhlgang**  
**Häufigkeit:** täglich alle \_\_\_ Tage  
**Konsistenz:** breiartig geformt hart  
**Farbe:** gelblich hellbraun dunkelbraun schwarz

**Auffälligkeiten beim Schlafverhalten**  
 auf dem Arm Kindersitz Kinderwagen Auto Andere: \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind**  
 sehr schreckhaft sehr gemütlich

**Ist bei Ihrem Kind eine Auffälligkeit der Sinne bekannt?**  
 Auge Ohr Nase Geschmack Mimik

**Auffälligkeiten in der Motorik**  
 Greifen Drehen Robben Krabbeln Sitzen  
 Stehen Laufen Andere: \_\_\_\_\_

**Durchlaufene Kinderkrankheiten**  
 Masern Mumps Röteln  
 Keuchhusten Windpocken Andere: \_\_\_\_\_

**Hat/ hatte Ihr Kind**  
 Schwere Verletzungen: \_\_\_\_\_  
 Unfall: \_\_\_\_\_  
 Operationen: \_\_\_\_\_  
 Schwere Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_