



„WIE DER AST GEBOGEN WIRD  
SO WÄCHST DER BAUM.“

Dr. William Garner Sutherland

OsteopathieZentrum Noris GmbH

im Merianforum

Mgr. Rafał Antoni Szczepański

Leipziger Platz 21

90491 Nürnberg

[www.osteopathiezentrum-noris.de](http://www.osteopathiezentrum-noris.de)

Telefon 0911 / 593758

Telefax 0911 / 5976078

E-Mail [info@oz-n.de](mailto:info@oz-n.de)

## ANAMNESEBOGEN | HERANWACHSENDE

### Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht männlich  weiblich

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ-Ort \_\_\_\_\_ Hobbys \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

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

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

### Allgemeine Angaben zu Ihnen – wie können wir Sie erreichen?

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

ggf. abweichende Adresse

Straße \_\_\_\_\_ PLZ-Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Weitere allgemeine Angaben zum Kind

aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

aktuelle Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Blutgruppe (wenn bekannt) \_\_\_\_\_



## Kindesentwicklung

### Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangengeburt oder Saugglocke
- langwierige Geburt
- schnelle Geburt
- Komplikationen 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/Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche                                   | <input type="checkbox"/> Fuß-, Knieluxationen        |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle                                    | <input type="checkbox"/> Auto-, Fahrradunfälle       |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben) |  |
- 

### Weitere Erkrankungen

- Atemorgane

(Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf  | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen                  |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane  | <input type="checkbox"/> Blase/Niere                                    |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden<br>(natürlich nur bei Mädchen) | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane<br>(natürlich nur bei Jungen) |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte machen Sie unten Ihre Angaben)         |   |
-



## Weitere allgemeine Fragen

Wurden Ihr Kind bereits operiert?

Ja  Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurden, 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 Thearprien bekommt Ihr Kind zur Zeit (Ergotherapie, Logopädie, etc.?)

---

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zum ersten Termin im OsteopathieZentrum Noris mit!