

Baby Vorname geb.am M./Wo alt
Adresse: geb..SSW

e-mail: Tel.: mob:

Beschwerden u. seit wann:

Krankenhausaufenthalte

Operationen:

Medikamente, wofür und seit wann:

Hautprobleme (Soor, Neurodermitis o.ä.)

Impfungen?

Verlauf der Schwangerschaft

Krabbelt seit:

Berufliche Tätigkeit der Mutter

Medikamente während der Schwangerschaft:

Ort und Verlauf der Geburt

Kopfpos./ Lage bei Geburt

Schlafbesonderheiten:

Allergien:

Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt?

Kinderarzt: Tel.:

Wie wurden sie auf die Osteopathie aufmerksam?

Was halten sie noch für wichtig?

Unfälle/ Stürze

Krankheiten

Kinderkrankheiten:

Geschwister?

Stuhlgang (Auffälligkeiten, wie oft, Blähungen)

motorische Auffälligkeiten

Trinkgewohnheiten, wie viel und was?

Nabelschnur/ Plazenta

War es möglich zu stillen?

Geb.Gewicht: Größe: cm,

APGAR PH Kopfumfang

Haut/Schweissbesonderheiten:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

