

**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 .....

Gedreht ab: ..... Gekrabbelt ab: .....

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? ..... Krankenkasse .....



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: .....