

**Das ganze Team von Chiropraxis Landmann heißt Sie und Ihr Kind herzlich willkommen!**

**Wir freuen uns, dass Sie da sind!**

Bitte lesen Sie die folgenden Dokumente aufmerksam, beantworten Sie die Fragen, die auf Ihr Kind zutreffen und unterschreiben an den gekennzeichneten Stellen.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Ich komme mit meinem Kind aus prophylaktischen Gründen

Ich komme aus folgendem Grund: \_\_\_\_\_

Hauptbeschwerden sind: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

akut seit \_\_\_\_\_  schon öfter aufgetreten

chronisch seit \_\_\_\_\_  erstmals vor ..... Jahren

Deswegen bereits in Behandlung bei:

Hausarzt  beim Orthopäden  beim Physiotherapeuten

Kinderarzt  im Krankenhaus  sonstiges

Die Behandlung war:  erfolgreich  wenig erfolgreich  erfolglos

Es gibt:  Röntgenbilder  MRT/CT  andere Befunde

### Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  privat  gesetzlich

Telefon: \_\_\_\_\_  Beihilfe  Zusatz

Email: \_\_\_\_\_

**Name Eltern:** \_\_\_\_\_ und, falls abweichend, Rechnungsanschrift:

---

**Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und ergänzen Sie ggf. wichtige Details!**

<b>Schwangerschaft und Geburt</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Schwangerschaftsverlauf normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt mehr als 2 Wochen zu früh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt mehr als 10 Tage zu spät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PDA – Sauglocke - Zange – Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird / wurde das Kind gestillt? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Stillschwierigkeiten? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

<b>Baby 0 bis 1 Jahr</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat eine Liegeglatze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken überstreckt sich stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x am Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pofalte schief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht sich überwiegend in eine Richtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt nur auf dem Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Blähungen / Koliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreit viel (mehr als 3 Stunden an drei aufeinander folgenden Tagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft durch / schläft kurz und unruhig / schläft schlecht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

<b>Kleinkind 1 bis 6 Jahre</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Hat das Krabbeln ausgelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehenspitzenläufer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutscht noch am Daumen (über das 5. Lebensjahr hinaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Ohren- und Nasen-Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

<b>Schulkind ab 6 Jahre</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Sprachprobleme, Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen, Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leseschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschreibeschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS (Konzentrationsschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreibeschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechenschwierigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe / Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im Sportunterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Zahnklammer seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfälle / Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

<b>Alle Altersstufen</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Nimmt Ihr Kind Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung von digitalen Medien/Computerspielen/Handy? Wieviel Stunden pro Tag? ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es besondere Stressfaktoren im Leben Ihres Kindes? Familie / Schule / Kita / sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter