

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asymmetrien des Kopfes | <input type="checkbox"/> Schiefhaltungen des Körpers |
| <input type="checkbox"/> Trink/Schluckstörung | <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"/> Hautprobleme (z.B. Soor) |
| <input type="checkbox"/> motorische Auffälligkeiten welche) _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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"/> sonstige Traumatisierungen (z.B. Psychosomatisch) | |

Weitere Erkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) | |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Blase/Niere | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

- Ja Nein

Wenn Ihr Kind operiert wurde, wann, was und wie wurde operiert?

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

- Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Ja Nein

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentrationsprobleme?

- Ja Nein

Ihr Kind war noch nie länger als einige Tage oder Nächte Trocken

- Ja Nein

Ihr Kind war bereits von mind. 6 Monaten tags und nachts trocken

- Ja Nein

Wurden bereits Schulmedizinische Untersuchungen gemacht?

- Ja Nein

Wenn ja welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miktionsprotokoll | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss Entzündungen | <input type="checkbox"/> Uroflowmetrie |

Bitte füllen Sie den Bogen – soweit als möglich – zu Hause aus und bringen ihn zum ersten Termin mit!