

## Anamnesebogen Säugling

Wir bedanken uns als erstes für das Vertrauen in unsere Praxis. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich aus. Dies verkürzt die Zeit der Erstbefundung im ersten Termin und somit kann mehr Zeit für die Behandlung verwendet werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum Ihres Kindes:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

bei abweichenden Namen der Mutter, bitte Vor-/ und Nachname der Mutter

\_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Körpergröße bei Geburt und aktuell:** \_\_\_\_\_ Geburt/ \_\_\_\_\_ aktuell

**Kopfdurchmesser bei Geburt:**

**Körpergewicht bei Geburt/ aktuell:** \_\_\_\_\_ Geburt/ \_\_\_\_\_ aktuell

**APGAR bei Geburt (steht im Mutterpass):** \_\_\_\_\_ von 10

**Telefon/ Handy (Mutter):** \_\_\_\_\_

**Termininfo über SMS erwünscht?** JA  NEIN

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

Termininfo über Email erwünscht? JA  NEIN

**Allgemeine Angaben:**

**Wie war die Schwangerschaft?**

gab es Komplikationen, Unfälle, Stürze, Stresssituationen (auch emotional)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurden bei der Geburt Hilfsmittel verwendet?** (Kristellerhandgriff/ Saugglocke/ Zange)

JA  NEIN

wenn ja, was: \_\_\_\_\_

**Gab es bei der Geburt anderweitige Komplikationen** (Nabelschnur um den Hals, Sternengucker, Sturzgeburt, Steckenbleiben, Geburtsstillstand, Kindsverletzungen, Gelbfärbung, blau, beatmet)?

JA  NEIN

wenn ja, bitte beschreiben Sie so genau wie möglich:

---

---

---

**Hat Ihr Kind direkt nach der Geburt seinen ersten Schrei von sich gegeben?**

JA  NEIN

**Hatten Sie Ihr „Bonding“?**

JA  NEIN

**Stillen Sie?**

JA  NEIN

**Was ist der Grund Ihres Besuches bei mir? Was fällt Ihnen auf an Ihrem Kind? (Beschreiben Sie kurz)**

---

---

---

**Ist das Ihr erstes Kind?**

JA  NEIN

wenn nein, wie oft waren Sie schwanger, wie viele Kinder haben Sie(mit Alter bitte)?

---

---

---

**Verlauf der vorherigen Schwangerschaften**, gab es Auffälligkeiten (bitte jede einzeln benennen), hatten Sie Unfälle, hohen Streß oder Kontakt zu Giftstoffen? (Arbeit, Hausbau, Reinigung)

---

---

---

**Wie waren die Geburten?** (Vaginalgeburt/ Kaiserschnitt/ Dammschnitt/ Dammriß)

---

---

---

**Ihren Menstruationszyklus betreffend.**

Kam dieser regelmäßig? Ja  Nein

Hatten Sie schmerzen dabei? Wenn ja, wie lange schon und wann in der Menstruation, bitte geben Sie die Stärke mit einem Wert von 1-10 an und an welchen Tagen des Zykluses. Beschreiben Sie den Schmerz und den ungefähren Ort des Schmerzes.

Schmerzen: Ja  Nein  Wo? \_\_\_\_\_,

Schmerzgefühl \_\_\_\_\_ und Stärke \_\_\_\_\_

Welche Tage? (z.B. 1,2,3 von insgesamt 5 Tagen) \_\_\_\_\_

**Haben/ Hatten Sie schmerzen beim Geschlechtsverkehr?** Ja  Nein

**Hatten Sie öfter eine Blasenentzündung?** (aktuell oder früher)

Wenn ja, wie oft und wann ca?

---

---

**Informationen über eigene Geburt:**

Spontangeburt  Kaiserschnitt  Zangen – oder  Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

---

---

**2. Verletzungen** (auch aus der Kindheit):

Unfälle  Knochenbrüche  Kopfverletzungen  Stürze  Sportunfälle

---

---

**6. Beschreiben Sie grob Ihre Ernährungsweise** (wie oft am Tag essen Sie? vorwiegend selbstgekocht oder Fertigprodukte? Vegan/ Vegetarier?)

---

---

---

Haben Sie selbst Probleme am Bewegungsapparat oder einem Körpersystem (Schmerzen, Verdauung, Schlaf usw.)?

JA  NEIN  wenn ja, beschreiben Sie kurz:

---

---

---

**9. Wie hoch schätzen Sie Ihren Stresslevel ein?** Bitte vergeben Sie hierzu Zahlen von 1-10 (10 ist der höchste Wert)

\_\_\_\_\_, seit wann ist das so? \_\_\_\_\_

**10. Wie hoch schätzen Sie ihr Energielevel ein?** (Bitte wert von 1-10 vergeben, 10 ist der höchste Wert)

\_\_\_\_\_, reicht die Energie für den gesamten Tag? \_\_\_\_\_, seit wann ca? \_\_\_\_\_

**11. Hatten Sie Operationen?** Bitte listen Sie alle OP's chronologisch mit ungefährender Zeitangabe auf (Monat und Jahr ist ausreichend)

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

**13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Wenn ja, für was? Ja  Nein

---

**14. Hatten Sie selbst schon eine osteopathische Behandlung?** Wenn ja, wann und weshalb?  
Ging es Ihnen danach besser? Ja  Nein

## 15. Was erwarten Sie von mir?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

### **Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis**

Liebe Patientin, lieber Patient,  
die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

#### 1. Zweck der Datenverarbeitung:

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnesen (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieansätze und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten in Verfügung gestellt werden (z. B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

#### 2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Alexander Quehenberger.

#### 3. Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre. Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

#### 4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte:

Wir sind dazu verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihrer Krankenkasse, Ihrer Privaten Krankenversicherung, den medizinischen Dienst und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z. B. Labor Untersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor).

Die Weiterleitung an andere Ärzte erfolgt aber nur, wenn Sie uns Ihre schriftliche Einwilligung geben (s. u.).

#### 5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten:

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren. In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privatärztliche Abrechnungsstelle), dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen. Bitte wenden Sie sich an uns: an unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

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

Datum: \_\_\_\_\_