



PMT

**Privatpraxis für Manuelle Therapie
Gisa Zech**

KISS PROTOKOLL

Subjektive Untersuchung

Patienten Name:

geb.:

Datum:

Anamnese-Fragebogen

1 Zur Familie:

Gibt oder gab es in Ihrer Familie Wirbelsäulenprobleme ? Ja Nein
z.B. Skoliose, Missbildungen, Beinverkürzung.
(Welches Familienmitglied hat oder hatte die Probleme)

Gibt es in Ihrer Familie öfters Probleme mit dem Nacken/Kreuz Ja Nein
z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne.
(Welches Familienmitglied hat oder hatte die Probleme)

2 Schwangerschaft:

Die wievielte Schwangerschaft war es bei diesem Kind?

Wie alt waren Sie bei der Geburt dieses Kindes?

Schwangerschaftsdauer:

Geburtsgewichtg Größe.....cm

Hatte Ihr Kind während der Schwangerschaft eine Fehllage/Querlage? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3 Die Geburt:

Hatten Sie eine Mehrlingsgeburt? Ja Nein

Wie lange dauerte die eigentliche Geburt (Presswehen)

Wurden Hilfsmittel verwendet? (Zange, Saugglocke) Ja Nein

Wenn ja welche ?

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? Ja Nein

Warum wurde der Kaiserschnitt durchgeführt?

Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja Nein

Wenn ja zu welchen Verletzungen kam es?

4 Auffälligkeiten:

Schläft Ihr Kind gut ein? Ja Nein

Wie lange ist die Einschlafdauer?

Wird Ihr Kind im Schlaf oft wach? Ja Nein

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf?

Nimmt Ihr Kind eine bestimmte Schlafhaltung ein? Ja Nein

Welche Schlafhaltung wird von Ihrem Kind bevorzugt?

Gibt oder gab es beim Stillen an einer Seite Schwierigkeiten? Ja Nein

Wenn ja auf welcher Seite gibt/gab es Schwierigkeiten?

Trinkt oder Isst Ihr Baby wenig oder schlecht? Ja Nein

Sabbert oder spuckt ihr Baby oft?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein „Schreikind“?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat oder hatte Ihr Kind „Drei-Monats-Koliken“?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen empfindlichen Nacken? z. B. beim Anziehen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rauft sich Ihr Kind öfters die Haare?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5 Sonstige Gesundheitsprobleme:

Leidet Ihr Kind an:	Rachenwegsinfekten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Neurodermitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Seit wann?	.....
	Allergien	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Seit wann? Welche?	.....
	Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Wie oft pro Woche?	.....
	Neurologischen Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	An welchen?	.....
Trägt Ihr Kind eine Brille?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Seit wann?		.....
Ist der Mund Ihres Kindes oft offen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

6 Entwicklungsverzögerungen:

Haltung und Bewegung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche?	.....
Sprache und Verständnis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche?	.....
Konzentration und soziale Fertigkeiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche?	.....

7 Asymmetrie, Fehlhaltungen:

Haben Sie das sofort nach der Geburt gesehen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie es erst später bemerkt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wann?	.....
Wurden Sie von anderen Personen aufmerksam gemacht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Arzt, Hebamme, Krankengymnast – von wem?	.....
Was ist Ihnen besonders aufgefallen?	.....
Schiefer Kopf, Rumpf, - Bein- oder Armhaltung etc.	.....
.....	
Das Baby schaut(e) nur nach	rechts links
dreht(e) nur nach	rechts links
bewegt(e) beide Arme gleich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welchen Arm weniger?	rechts links
bewegt(e) beide Beine gleich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welches Bein weniger?	rechts links
Ist/war das Gesicht auf einer Seite kleiner?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	rechts links
Ist/war der Hinterkopf einseitig flacher?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	rechts links
Ist/hat der Hinterkopf ein haarloses Gebiet	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Rechts links

8 Medikamente:

Ist Ihnen schon einmal Ritalin empfohlen worden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

9 Bisherige Therapie: