

**Sehr geehrter Patient,**

**wenn Sie dieses Formular ausgefüllt zur ersten Behandlung mitbringen:**

- **haben Sie mehr Ruhe beim Ausfüllen als in unserem Wartezimmer**
- **erleichtern Sie uns die Diagnosestellung und**
- **verkürzen Sie die erste Wartezeit.**

**Sie können das Formular selbstverständlich auch schon vorab per Post an uns senden:**

**Ihr-Chiropraktor  
Efe Gökpınar  
Gustav-Freytag-Straße 1  
22085 Hamburg**

**Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch oder per Mail:**

**040 - 20 22 60 30  
[info@ihr-chiropraktor.de](mailto:info@ihr-chiropraktor.de)**

**Mit freundlichen Grüßen  
Ihr-Chiropraktor – das Praxisteam**

**Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus.**

**Babybehandlungsformular**

**Vorname:**

\_\_\_\_\_

**Name:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**

\_\_\_\_\_

**Telefon privat:**

\_\_\_\_\_

**Straße | Nr.:**

\_\_\_\_\_

**Telefon Handy:**

\_\_\_\_\_

**PLZ | Ort:**

\_\_\_\_\_

**E-Mail:**

\_\_\_\_\_

**Ich bin privatversichert**

**Ich muss leider selbst bezahlen**

**Sie haben von uns erfahren durch:**

Unsere Vorträge	<input type="checkbox"/>	<b><u>Oder</u></b>	
Annonce	<input type="checkbox"/>	Arzt	<input type="checkbox"/>
Internetseite	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt	<input type="checkbox"/>
Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/>	Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
<b><u>Oder</u></b>		<b><u>Oder</u></b>	
Hebamme	<input type="checkbox"/>	Durch einen unserer Patienten:	
Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	_____	
Masseur	<input type="checkbox"/>		

## Babybehandlungsformular

1. Anzahl der Geschwister Ihres Kindes:
2. Verlief die Schwangerschaft normal?
  - a. Bei der Mutter Ja/Nein (Bitte beschreiben)
  - b. Beim Kind Ja/Nein (Bitte beschreiben)
3. Wie verlief die Geburt:
  - a. Normal – Ja/Nein (bitte beschreiben)
  - b. Mit PDA – Ja/Nein
  - c. Mit Sauglocke – Ja/Nein
  - d. Kaiserschnitt – Ja/Nein
  - e. Sonstiges – bitte beschreiben
4. Wicht die Geburt vom errechneten Termin mehr als eine Woche ab - -  
Ja/Nein (Wie viel)
5. Wie lange dauerte die Geburt?
6. Wurden Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen? Ja –  
/Nein (welche?)
7. Wurden Medikamente nach der Geburt eingenommen?
  - a. Mutter Ja –/Nein (Welche?)
  - b. Kind Ja –/Nein (Welche?)
8. Wurde Ihr Kind geimpft – Ja/Nein (Welche)
9. Wird ausschließlich gestillt? - Ja/Nein (Bitte beschreiben)
10. Standarduntersuchungen (U1, U2 usw.)
  - a. Nichts auffälliges
  - b. \_\_\_\_\_ (Bitte beschreiben)

## Babybehandlungsformular

11. Hat Ihr Kind sonstige Untersuchungen oder Behandlungen erhalten?

Ja/Nein (Bitte beschreiben)

12. Wie viel schreit Ihr Kind täglich?

a. 0-2 Std.

b. 2-4 Std.

c. > 4 Std.

13. Wie oft ist Ihr Kind nachts wach?

a. 0-2 Mal

b. 2-4 Mal

c. > 4

14. Asymmetrien bei Ihrem Kind:

a. Kopfhaltung (vermehrt nach rechts gedreht, ...nach links....)

b. Körperhaltung – „C“ oder „umgekehrtes C“

c. Kopfform (abgeflacht, links, rechts, hinten)

15. Stuhlgang Ihres Kindes

a. Täglich

b. Jeden 2. Tag

c. < jeden 2. Tag

16. Hat Ihr Kind erschwerten Stuhlgang? Ja/Nein (Bitte beschreiben)

17. Weint Ihr Kind beim An- und Ausziehen – insbesondere wenn etwas über den Kopf gezogen wird? – Ja/Nein (Bitte beschreiben)

18. Liegt Ihr Kind gerne auf dem Bauch – Ja/Nein (Bitte beschreiben)

19. Dreht Ihr Kind den Kopf gleich gut in beide Richtungen – Ja/Nein

20. Lässt sich Ihr Kind auf beiden Seiten gleich gut stillen? – Ja/Nein (Bitte beschreiben)

**Babybehandlungsformular**

21. Spuckt Ihr Kind häufig? Ja/Nein (Bitte beschreiben)

22. Gewichtszunahme und Wachstum bei Ihrem Kind:

- a. Durchschnitt
- b. < Durchschnitt
- c. > Durchschnitt

23. Ist Ihr Kind runtergefallen oder hatte Ihr Kind einen Unfall? - Ja/Nein (Bitte beschreiben)

24. Hatte Ihr Kind einen Knochenbruch oder Verstauchung? - Ja/Nein (Bitte beschreiben)

25. Ist der allgemeine Kontakt mit Ihrem Kind gut? - Ja/Nein (Bitte beschreiben)

**Weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?**

---

---

---

**Ihr-Chiropraktor darf gerne Kontakt mit meinem Arzt oder meiner Hebamme aufnehmen.**

**Name, Adresse des Arztes / der Hebamme:** \_\_\_\_\_

---

**Datum, Unterschrift**

---