



Kinderorthopädie Freundallee

Dr. med. Ulrich Göhmann & Dr. med. Caroline Schlüter

Sehr geehrte Patienten, liebe Eltern!

Helfen Sie uns in Zeiten von Corona, den persönlichen Kontakt so gering wie möglich zu halten.

Bitte beantworten Sie uns im Vorfeld einige Fragen:

Name, Geb. Datum des Patienten: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer: _____

Name Hauptversicherter: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Haus-/Kinderarzt: _____

Soll Ihr Haus-/Kinderarzt einen Brief erhalten? Ja Nein

Warum Sind Sie heute hier?

WENN SIE WEGEN DES VERDACHTS AUF EINE KOPFGELENKSBLOCKIERUNG (KISS) HIER SIND, BITTE NUR RÜCKSEITE BEARBEITEN!

Hat Ihr Kind Schmerzen? Wenn ja, seit wann und wo? Gab es einen Unfall?

War Ihr Kind schon in orthopädischer Behandlung? Wenn ja, wann?

Gibt es schon Röntgen- oder MRT/CT Aufnahmen? (Falls vorhanden, bitte mitbringen)

Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen?

Wurde bei Ihrem Kind der Verdacht auf eine Kopfgelenksblockierung (KISS) geäußert? Dann beantworten Sie uns bitte folgende Fragen über Schwangerschaft, Geburt und Symptome:

Schwangerschaft/Geburt:

- Anzahl der Kinder: ___ . Kind
Geburt in der ___ . Schwangerschaftswoche
Schwangerschaft: ___ vorzeitige Wehen
___ vorzeitige Muttermundöffnung
Geburt: ___ Spontan
___ Kaiserschnitt geplant
___ Kaiserschnitt sekundär
Kindslage: ___ Beckenendlage (Kopf oben)
___ Sternengucker
Besonderheiten: ___ Einleitung
___ vorzeitiger Blasensprung
___ Kristeller (auf den Bauch gedrückt)
___ Saugglocke/Zange

Kindliche Symptome (falls zutreffend, sonst streichen):

- | | | | |
|------------------------------------|------------|--------------|----------------|
| Bevorzugte Blickrichtung: | ___ rechts | ___ links | |
| Überstreckung, „schaut nach oben“: | ___ selten | ___ oft | ___ extrem |
| Unruhe/Schreien: | ___ etwas | ___ deutlich | ___ Schreibaby |
| Vermehrtes Spucken: | ___ etwas | ___ deutlich | ___ extrem |
| Vermehrtes Sabbern: | ___ etwas | ___ deutlich | ___ extrem |
| Koliken: | ___ etwas | ___ deutlich | ___ extrem |
| Kopfreiben: | ___ etwas | ___ deutlich | ___ extrem |
| Stillprobleme: | ___ ja | ___ re/li | ___ abgestillt |
| Wenn Stillprobleme: | ___ rechts | ___ links | ___ Abpumpen |
| Bauchlage: | ___ gerne | ___ ungerne | ___ gar nicht |

Bisherige Behandlung:

- | | | |
|----------------------|------------------------------------|-------|
| ___ Osteopathie | Wenn ja: wie oft und wann zuletzt? | _____ |
| ___ Chiropraktor | Wenn ja: wie oft und wann zuletzt? | _____ |
| ___ Krankengymnastik | Wenn ja: wie oft und wann zuletzt? | _____ |

Hannover, den _____

Unterschrift: _____