



DEIN KIND

Name des Kindes

Geburtsdatum

Name der Eltern / Kontakt (Telefon)

Kinderärztin/Kinderarzt

EUER ANLIEGEN

Was führt euch zu mir? Seit wann besteht das Thema?

SCHWANGERSCHAFT

☐ unauffällig ☐ belastend/stressig ☐ Komplikationen ☐ Mehrling

Besonderheiten (z. B. Lage, Erkrankungen, Medikamente)

GEBURT

☐ spontan ☐ eingeleitet ☐ PDA ☐ Kaiserschnitt (geplant) ☐ Kaiserschnitt (ungeplant) ☐ Saugglocke/Zange

☐ Frühgeburt (SSW: ____)

Wie habt ihr die Geburt erlebt? Gab es Besonderheiten?

DIE ERSTE ZEIT

☐ Stillen ☐ Flasche ☐ Still-/Saugprobleme ☐ viel Weinen/Unruhe ☐ Koliken/Blähungen ☐ Schlafprobleme

☐ Lieblingsseite/Schiefhaltung ☐ Spucken/Reflux

Was möchtest du dazu erzählen?

GESUNDHEIT & ENTWICKLUNG

Erkrankungen / Therapien / Medikamente

Stürze, Unfälle, Operationen

Gibt es sonst etwas, das ich wissen sollte?

Gut zu wissen: Bitte bringt auch den **Mutter-Kind-Pass** mit. Dieser Bogen bleibt bei mir in der Praxis in Papierform und wird vertraulich behandelt – er wird nicht digital gespeichert. Die craniosacrale Begleitung ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder Behandlung.