

Name _____

DR. MED. KAY FÖRSTER

Straße _____

Elberfelder Str. 55
58095 Hagen / Westf.
0 23 31 / 78 75 30
www.oo-ha.de

PLZ, Ort _____

Patienten-Fragebogen**KINDER-ORTHOPÄDIE, OSTEOPATHIE, CMD****Sind Familienmitglieder / Eltern oder Geschwister betroffen von ...
Hüftdysplasie (Säuglinge mit Spreizhose)**Ja nein **Rheuma**Ja nein **Osteoporose**Ja nein **Bei Säuglingen: & Kleinkindern:****Gab es während Ihrer Schwangerschaften Probleme**Ja, nein

und zwar: _____

Dieses ist das ____ Kind der Mutter aus der ____ SchwangerschaftZangengeburt Kaiserschnitt Spontangeburt**Im 3./4. Lebensmonat:****Stützt sich Ihr Kind häufig aus der Bauchlage auf den Ellenbogen ab**Ja nein **Im 4./5. Lebensmonat:****Spielt Ihr Kind in Rückenlage häufig mit den Händen und führt beide Füße zusammen?**Ja nein **Im 6./7. Lebensmonat:****Stützt sich Ihr Kind häufig aus der Bauchlage auf den Händen ab?**Ja nein **Leiden Sie / Ihr Kind unter****Schwindel / Ohrschmerzen / Ohrgeräuschen (Tinnitus)**Ja nein **Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerz / Migräne**Ja, nein und zwar: einseitig beidseitig Beginnend im Stirnbereich im Nacken **Hat Ihr Kind Schluckstörungen / Knacken beim Kauen oder Gähnen,
Zähne-Knirschen o. -Pressen oder Schmerzen vor dem Ohr?**Ja nein **Kauen Sie / Ihr Kind regelmäßig harte Nahrung (Nüsse, Vollkornbrot)**nein ja **Können Sie ein großes Stück aus einem frischen Apfel heraus beißen?**nein ja

Datum: Unterschrift: