

Elternfragebogen / 1. Lebensjahr

Datum: _____

Name des Kindes: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Geschwister/Alter: _____

Wie war die Schwangerschaft? *Gab es Komplikationen? Mussten Sie Medikamente einnehmen?*

Wie war die Geburt? *Termingerecht, spontan oder eingeleitet, Hilfsmittel wie Saugglocke, Kristeller-Griff, Lage, etc.*

Gab es nach der Geburt Besonderheiten/ Auffälligkeiten? *extremes Schreien, Spucken, Bauchweh, Seitbevorzugung?*

Wird ihr Baby gestillt? *Falls das Stillen nicht geklappt hat: warum nicht?*

Hat Ihr Baby ernsthafte Erkrankungen oder Operationen gehabt? *bitte bringen Sie alle Befunde, Röntgenbilder, etc mit*

Wie ist das Schlafverhalten? *Einschlafen, Durchschlafen, Dauer, Unruhe,...*

Möchte Ihr Baby viel Nähe/Getragenwerden? Kann es sich kurze Zeit alleine beschäftigen?

Liegt es tagsüber gerne auf dem Bauch?

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu mir? Gibt es aktuelle Beschwerden?

Sind oder waren Sie deshalb bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

Was lieben Sie an Ihrem Baby? Worauf sind sie stolz?

*Sie können mir diesen Fragebogen vorab mailen oder zur ersten Therapie mitbringen.
Vielen Dank!*