



## Fragebogen Eltern

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen besteht aus fünf (5) Seiten. Er umfasst insgesamt 48 Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung Ihres Kindes.

Sie können vielleicht nicht alle Fragen beantworten. Das ist nicht schlimm. Manche Fragen treffen eventuell gar nicht auf Sie oder Ihr Kind zu. Je mehr Sie wissen, umso besser.

Kreuzen Sie einfach die richtigen Antworten an. Wo Sie sich unsicher sind, reicht ein Fragezeichen oder lassen Sie die Frage aus.

Wenn Sie noch zusätzliche Bemerkungen haben, machen Sie bitte auf dem Rand Notizen. Wenn Unklarheiten bestehen oder Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Forscherinnen!

**Wir bitten Sie, die Informationen aus diesem Fragebogen nicht an den Manualtherapeuten weiterzugeben und während der Untersuchung nicht mit dem Therapeuten zu sprechen!**

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Mitarbeit. Der Fragebogen beginnt auf Seite zwei (2).



Fragen zur Familie		
1.	Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (z.B. Skoliose, Missbildungen, Beinverkürzungen)	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja
		Wenn ja, bei wem?
2.	Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken/Rücken (z.B. Nacken-/Kopfschmerzen, Migräne)	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja
		Wenn ja, wer?
Fragen zur Geburt und Schwangerschaft		
3.	Geburtsdatum des Kindes: _____	
4.	Geschlecht des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich
		<input type="checkbox"/> weiblich
5.	Geburtsgewicht: _____	Gramm
6.	Länge des Kindes bei Geburt: _____	cm
7.	Alter der Mutter bei Geburt: _____	Jahre
8.	Alter des Vaters bei Geburt: _____	Jahre
9.	Wievielte Schwangerschaft? _____	
10.	Dauer der Schwangerschaft? _____	Wochen
11.	Fehl-/Quer-/Steißlage?	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja
		Wenn ja, welche?
12.	Mehrling?	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja
		Wenn ja, wie viele?
Die eigentliche Geburt:		
13.	Presswehen dauerten: _____	Stunden
14.	Wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet?	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?
		<input type="checkbox"/> nein
15.	War die Geburt ein Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, warum?
		<input type="checkbox"/> nein
16.	Kam es zu Geburtsverletzungen?	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?
		<input type="checkbox"/> nein

Fragebogen: modifiziert nach von Piekartz 2015



Auffälligkeiten:			
17.	Das Kind schläft gut ein?	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein Wenn nein, wie lange ist die Einschlafdauer?
18.	Das Kind wird im Schlaf oft wach?	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, wie oft?
		<input type="checkbox"/>	nein
19.	Es wird immer eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?	<input type="checkbox"/>	Ja Wenn ja, welche
		<input type="checkbox"/>	nein
20.	Gibt es beim Stillen an einer Seite Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, an welcher?
		<input type="checkbox"/>	nein
21.	Das Kind trinkt/isst wenig oder schlecht?	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein
22.	Das Kind sabbert viel oder spuckt oft?	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein
23.	Wir haben ein „Schreikind“	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein
24.	Es hat „Drei-Monats-Koliken“ (gehabt)	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein
25.	Unser Kind ist im Nacken empfindlich (z.B. beim Anziehen)	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein
26.	Es rauft sich öfters die Haare	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein

Fragebogen: modifiziert nach von Piekartz 2015



Sonstige Gesundheitsprobleme		
➤ Unser Kind leidet an:		
27.	Rachenwegsinfektionen	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
28.	Neurodermitis	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
29.	Allergien	<input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, welche?
		<input type="checkbox"/> nein
30.	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
31.	Neurologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, welche?
		<input type="checkbox"/> nein
32.	Unser Kind trägt eine Brille	<input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, seit wann?
		<input type="checkbox"/> nein
33.	Es hat oft den Mund offen	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Entwicklungsverzögerungen		
34.	Entwicklungsverzögerung?	<input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, welche?
		<input type="checkbox"/> nein
35.	Haltung und Bewegung	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
36.	Sprache und Verständnis	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Asymmetrie, Fehlhaltungen		
37.	Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
38.	Wir haben das erst später gesehen	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
39.	Wir wurden darauf aufmerksam gemacht	<input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, von wem? (Arzt, Hebamme, Physiotherapeut)
		<input type="checkbox"/> nein
40.	Uns fiel besonders folgendes auf (schiefer Kopf, Rumpf-, Bein- oder Armhaltung usw.):	

Fragebogen: modifiziert nach von Piekartz 2015



Das Baby			
41.	Schaut(e) nur nach rechts/links	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, zu welcher Seite?
		<input type="checkbox"/>	nein
42.	Dreht(e) sich nur nach rechts/links	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, zu welcher Seite?
		<input type="checkbox"/>	nein
43.	Bewegt beide Arme gleich?	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein Wenn nein, welchen Arm weniger?
44.	Bewegt beide Beine gleich?	<input type="checkbox"/>	ja
		<input type="checkbox"/>	nein Wenn nein, welches Bein weniger?
45.	Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner?	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, rechts oder links?
		<input type="checkbox"/>	nein
46.	Der Hinterkopf ist einseitig flacher?	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, rechts oder links?
		<input type="checkbox"/>	nein
47.	Es hat ein haarloses Gebiet am Kopf?	<input type="checkbox"/>	ja Wenn ja, wo?
		<input type="checkbox"/>	nein
48.	<b>Bisherige Therapien:</b>		

Fragebogen: modifiziert nach von Piekartz 2015