Angaben zu Anamnese und Befund

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Kindes | Geb.Dat. ET: | Aktuelles Alter |
| Geb.Gewicht: | APGAR: / / | PH-Wert: | Sectio |
| Schwangerschaft: | Geburt: |
| Name und Beruf der Eltern | Adresse/ Tel/Handy/Email |
| Geschwister: Name Alter |
| Stillen voll /teil……. | Flasche wie lange |
| Schnuller  | Wie lange | Daumenlutschen  |  |
| Sabbern | Zähneknirschen | Tags / Nachts | Kieferfehlstellungen  |
| Zähneputzen alleine mit Hilfe | Gerne / problematisch | Elektrische Zahnbürste |
| Fuß in den Mund ab wann | Wurde ein Fuß bevorzugt | Jeweils 1 Fuß mit beiden Händen |
| Sprache ab wann plappern/ erste Worte | Heute |  |
| Fremdeln ab wann | Spreizhose/ Schiene Wie lange | Breit wickeln |
| Drehen ab wann  | Rollen ab wann | Über beide Seiten |
| Robben ab wann/Wie/Vorwärts/Rückwärts | Auf dem Po gerutscht | Vierfüßler seit wann |
| Alleine hinsetzen ab wann | Krabbeln ab wann | Wie lange |
| Hinstellen/Stehen ab wann |  | Allergien |
| Gehen mit Hilfe | Alleine | Zehenspitzen/ Häufiges hinfallen? |
| Schmerzen: Kopf/ Nacken/ | Bauch/ Beine | Wachstumsschmerzen |
| Verhalten Baby | Kindergarten | Schule |
| Schlafen früherjetzt |
| Verdauung früherjetzt |
| Therapien bisher | Aktuell |
| Was macht ihr Kind am Liebsten | Wo sind die Stärken Ihres Kindes |
| Erwartungen an mich | Erwartungen an die Rota Therapie |
| Von wem haben Sie über Rota Therapie erfahren | Sonstiges |

**Termine, die nicht wahrgenommen werden, oder 24 Stunden vor dem Termin, nicht abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt.**

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die personenbezogenen Daten dieser Anmeldung unter Wahrung der rechtlichen Rahmenbedingungen gespeichert und verarbeitet werden.

Die Zustimmung kann jederzeit per Mail widerrufen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift