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 früher  jetzt | | | |
| Verdauung früher  jetzt | | | |
| 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