



Da bei der Tomatis-Therapie Angaben aus ihren ersten Lebensphasen wichtig sind, bitten wir Sie, Informationen aus Ihren frühen Lebensphasen so gut wie möglich herauszufinden. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Aussagen an und machen ggf. zusätzliche Angaben:

**1. Schwangerschaft:**

1.1 Lage des Fötus':

- Schädel- / Kopflage
- Beckenend- / Steißlage
- Stirnlage
- Zwillinge / Mehrlinge

1.2 Gesundheitszustand der Mutter:

- vorzeitige Wehen – wann?
- 

- gab es vorzeitige Blutungen – wann?
- 

- Liegen zur Wehenverminderung – ab wann?
- 

- wehenhemmende Medikamente .....
- eisenhaltige Medikamente .....
- sonstige Medikamente .....
- Erkrankungen .....

Besonderheiten in der Schwangerschaft:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.3 Psychischer Zustand der Mutter:

- waren Sie ein Wunschkind
- Hatten die Eltern Gedanken an Abtreibung
- Depressionen
- Ängste
- Seelische Belastungen (z. B. Familie, Krankheit, Tod, etc.) .....

**2. Geburt:**

2.1 Geburtstermin:

- termingerecht
- zu früh
- übertragen
- Sturzgeburt

**2.2 Einleitung der Geburt:**

- durch Wehentropf
- Wehenzäpfchen
- Gel am Muttermund
- wehenhemmende Mittel
- Sprengung der Fruchtblase

**2.3 Anästhesie:**

- Periduralanästhesie, PDA  
wieviel Zeit im Voraus? .....
- Kontrolle über Presswehen
- Vollnarkose
- zu wenig Kontrolle über Presswehen

**2.4 Art der Entbindung / Geburt:**

- natürlich
- Zange / Saugglocke
- Kaiserschnitt geplant
- Geburtsverzögerung
- Nabelschnurumwicklung
- Untergewicht
- Größe ..... cm,      Gewicht ..... g,      Kopfumfang ..... cm
- APGAR-Werte: ..... / ..... / .....
- Nabelschnur PH-Wert: .....
- Kopf-/ Steißlage
- Mehrlingsgeburt
- Kaiserschnitt notfallmäßig
- Sauerstoffmangel
- Stress bei der Geburt
- Übergewicht

**3. Kindheit und Jugend**

- Waren Sie als Kind ein "Schreikind"?
- Nehme oder nahmen Sie eines der folgenden Medikamente oder wurde eines schon einmal empfohlen?      CONCERTA - EQUASYM - MEDIKINET - RITALIN - METHYLPHENIDAT - STRATTERA - TRADON

.....  
.....

**3.1 Stillzeit:** wie lange gestillt? Milchunverträglichkeit, Soor, Wundsein, Milchschorf, Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen den "U1- U9"

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.2 Impfungen:. Impfreaktionen, Impfkomplicationen, Beschwerden seit Impfungen

- Tetanus
- Diphtherie
- Polio
- Masern
- Mumps
- Röteln
- HiB

.....

.....

.....

3.3 Entwicklung motorisch / sprachlich:

in welchem Alter laufen gelernt, komplexe Bewegungsabläufe, sprechen gelernt, Aussprache, spielen mit anderen Kindern, Sport, Musik, künstlerische Betätigung.

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Kinderkrankheiten:**

- Keuchhusten
- Masern
- Mumps
- Röteln
- Scharlach
- Windpocken

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Krankengeschichte der Familie / Eltern:**

Hautkrankheiten, Warzen, Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Tuberkulose, Krebs, Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen, Psychische Krankheiten

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Allgemeines Verhalten:**

Gibt es besondere charakteristische Eigenschaften, Verhaltensweisen, die Sie oder andere stören oder auffällig sind?

.....  
.....  
.....

Haben Sie sich seit dem Beginn der Beschwerden (Punkt 1) Veränderungen beobachtet?

.....  
.....  
.....

Gibt es im Allgemeinbefinden tageszeitliche oder jahreszeitliche Schwankungen, welche?

.....  
.....  
.....

Wie reagieren Sie auf Klimaveränderungen? Kälte, Wärme, Sonne, Regen, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Wetterwechsel, an der See, in den Bergen

.....  
.....  
.....

Zeigen sich Auffälligkeiten bzgl. Essen, Trinken, Schlafen, in Gesellschaft, Bewegung, Ruhe, Sitzen, Liegen, längerem Stehen, Langeweile ?

.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es unklare Angst oder Furcht bzgl. der Themen Einbrechern, Geistern, Gespenstern, Gesellschaft, drohenden Krankheiten, Gewitter, Tieren, etc.?

.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es Auffälligkeiten Schlafverhalten? Schlafruhe, schlafwandeln, sprechen im Schlaf  
Zähneknirschen, Schläfrigkeit am Tag, schlaflos in der Nacht, Körperhaltung im Bett,  
schwitzen im Schlaf, schnarchen.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Kommen als Ursachen der Beschwerden Ereignisse infolge von Kummer, traurige Ereignisse,  
Frustration, Ärger (privat / beruflich) in Frage?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ernährungsverhalten: was und wieviel essen sie, Lieblingsspeisen, besondere Vorlieben,  
Durst, Vorlieben kalt, warm:

.....  
.....  
.....

Gibt es allgemeine Auffälligkeiten: Wärme-, Kälteempfinden, Schwitzen, Fieber, Fieber-  
krämpfe, Neigung zu Verletzungen, Wundheilung, Blutungsneigung, Nasenbluten,

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Von Kopf bis Fuß:**

Kopf, Kopfschmerzen, Migräne:

.....  
.....  
.....

Nase, Schnupfen, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlen:

.....  
.....  
.....

Mund, Rachen, Zähne, Angina, Mandeln, Ohren, Paukenröhrchen:

.....  
.....  
.....

Atemwege, Lunge, Asthma, Husten, Herz:

.....  
.....  
.....

Bauch, Schmerzen, Blinddarm, Blähungen, Verdauung, Blase, Urin:

.....  
.....  
.....  
.....

Hauterkrankungen und sonstige Krankheitszeichen: )gab es ungewöhnliche Absonderungen z. B. aus dem Nabel, an den Ohrlöchen, aus den Brustwarzen)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Rückenschmerzen, Unfälle, Autounfälle etc. ?

.....  
.....  
.....

