

## ANAMNESE-BOGEN FÜR SÄUGLINGS UND KINDER

Sehr geehrte Eltern,  
damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Ihr Kind nehmen kann, möchte ich Sie bitten, mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Wir bitten Sie nun, dieses Formular auszufüllen.

### DAS FORMELLE ZUERST ...

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

Name eines Elternteils: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung  gesetzlich  mit Zusatzversicherung HP  
 private Krankenversicherung  Beihilfe  Post B

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Adresse des Kinderarztes: : \_\_\_\_\_

Sport:  leider gar nicht  gelegentlich  regelmäßig  viel

Sportarten: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist in med. Behandlung:  nein ja, bei:  
 Facharzt  Hausarzt  Heilpraktiker  Physiotherapeut

Wodurch kennen Sie unsere Praxis?  Empfehlung, durch: \_\_\_\_\_  
 Internet  Zeitung  Facebook

Ich war schon mal beim:  
 Heilpraktiker  Chiropraktiker  LnB Schmerztherapeuten

### GESUNDHEITZIEL FÜR IHR KIND

Patienten lassen sich in unserer Praxis zu einem oder mehreren von folgenden Gesundheitszielen beraten.

- Befreiung von Symptomen  Korrektur der Grundprobleme
- Maximierung der Gesundheit  Maximierung der Gesundheit

### WELCHE ERWARTUNGSHALTUNG VERBINDEN SIE MIT DEM BESUCH IN MEINER PRAXIS?

---

---

## HAUPTPROBLEM ...

---

---

### SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF:

- Normal       Mit Komplikationen, welche?
- 
- 

### GEBURT:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Mehr als 2 Wochen zu früh             | <input type="radio"/> Mehr als 10 Tage zu früh                        |
| <input type="radio"/> PDA                                   | <input type="radio"/> Kaiserschnitt                                   |
| <input type="radio"/> Saugglocke                            | <input type="radio"/> Zange   |
| <input type="radio"/> Gewicht weniger als 2500g             | <input type="radio"/> Dauer der Geburt ab Blasensprung: _____         |
| <input type="radio"/> Besonderheit bei der Geburt: _____    |   |
| <input type="radio"/> Wird/ Wurde das Kind gestillt?        | <input type="radio"/> ja. Wie lange? _____ <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Gibt es/ Gab es Stillschwierigkeiten? | <input type="radio"/> ja, welche? _____ <input type="radio"/> nein    |

Sonstiges:

---

---

---

### BABY (0-1 JAHR)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)   | <input type="radio"/> Pofalte ist schief  |
| <input type="radio"/> Hat eine Liegeglatze  | <input type="radio"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung                             |
| <input type="radio"/> Zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)   | <input type="radio"/> Liegt nur auf dem Bauch   |
| <input type="radio"/> Rücken überstreckt sich stark   | <input type="radio"/> Hat Blähungen/ Koliken  |
| <input type="radio"/> Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang   | <input type="radio"/> Schreit viel ( mehr als 3 Std. an drei aufeinander folgenden Tagen) |
| <input type="radio"/> Unreife Hüft  | <input type="radio"/> Kopfschiefhaltung   |
| <input type="radio"/> Fußfehlstellung   | <input type="radio"/> Überstreckte Haltung  |
| <input type="radio"/> Keine Bauchlage   | <input type="radio"/> Spuckt viel   |
| <input type="radio"/> Schlaf: <input type="radio"/> Schläft durch <input type="radio"/> Schläft schlecht ein <input type="radio"/> Schläft kurz und unruhig |   |

### KLEINKIND (1-6 JAHRE):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hat das Krabbeln ausgelassen   | <input type="radio"/> Zehenspitzenläufer                                  |
| <input type="radio"/> Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt  | <input type="radio"/> Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/ Schleife) über das Alter von 6-7 Jahren hinaus | <input type="radio"/> Zeigt außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen    |
| <input type="radio"/> Allergien, welche? _____   |   |
| <input type="radio"/> Lutscht noch am Daumen über das Alter von 5 Jahren hinaus  | <input type="radio"/> Bettnässen über das Alter von 5 Jahren hinaus       |
| <input type="radio"/> Häufige Ohren- und Nasen-Infektionen   | <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten, auf einem Bein zu hüpfen       |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren   | <input type="radio"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe             |
| <input type="radio"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen  | <input type="radio"/> Probleme im Kindergarten                            |

## SCHULKINDER (AB 6 JAHREN):

- Leseschwierigkeiten
- Abschreibeschwierigkeiten
- Konzentrationsmangel
- Wahrnehmungsstörungen
- Reiseübelkeit
- Schreieschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeit
- Unruhe
- Probleme im Sportunterricht
- Trägt eine Zahnklammer

seit: \_\_\_\_\_

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## GESUNDHEIT IHRES KINDES BIS HEUTE

- |   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille               | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____                 | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Unfälle/ Stürze      | <input type="checkbox"/> Operationen                    | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen        | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____                 | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Absatzerhöhung       | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____                 | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Zahnsperre/ Retainer | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____                 | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Impfungen            | <input type="checkbox"/> Ja                             | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche        | <input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten |                               |

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Ihr Kind hat keine Beschwerden und ist aus prophylaktischen Gründen hier  Ja  Nein  
Kurze Erläuterung warum Sie heute in meiner Praxis sind:

\_\_\_\_\_

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem? \_\_\_\_\_

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Labor, Orthopäde ....)? \_\_\_\_\_

Frühere Therapien für dieses Problem: \_\_\_\_\_

## ZUM THEMA ABRECHNUNG ...

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie, als Erziehungsberechtigter, unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

- a) Ihr Kind ist gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. **Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung.** Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- b) Ist Ihr Kind privat versichert oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Anmerkung: Gearbeitet wird in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohle Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf jahrzehntelanger Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst.

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallspauschale in Höhe von 35,00 € bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

## BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, dass ich mit der Terminvereinbarung einverstanden bin.

Stade, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patientenunterschrift