

ANAMNESEBOGEN

KINDER



PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

NAME	STRASSE / NR.
VORNAME	PLZ / ORT
GEB.	TELEFON
E-MAIL	MOBIL

ANGABEN DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

NAME	VORNAME	GEB.
NAME	VORNAME	GEB.

KRANKENVERSICHERUNG

SELBSTZAHLER / GESETZLICH VERSICHERT

PRIVATVERSICHERUNG BEI

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR HEILPRAKTIKER BEI

VERSICHERT ÜBER WELCHE PERSON

ALLGEMEINE ANGABEN

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WAR IHR KIND BEREITS IN CHIROPRAKТИSCHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, ZULETZT AM BEI

IST IHR KIND MOMENTAN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, WEGEN

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

DIE WIEVIELTE SCHWANGERSCHAFT

IHR KIND WURDE IN DER

SCHWANGERSCHAFTSWOCHE GEBOREN

JA NEIN

ES GAB KOMPLIKATIONEN / BESONDERHEITEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT / UNTER DER GEBURT

IHR KIND WAR EINE BECKENENDLAGE / STEISSLAGE / STERNGUCKER

DIE GEBURT WURDE MEDIKAMENTÖS EINGELEITET

WÄHREND DER GEBURT WURDE AUF DEN BAUCH GEDRÜCKT

DIE GEBURT WAR EIN KAISERSCHNITT

DIE GEBURT WAR MIT HILFSMITTELN (ZANGE / SAUGGLOCKE)

IHR KIND HATTE GEBURTSVERLETZUNGEN

SONSTIGE KOMPLIKATIONEN

SÄUGLINGSALTER UND KLEINKINDALTER

JA NEIN

IHR KIND WIRD / WURDE GESTILLT

IHR KIND HAT / HATTE EINE LIEBLINGSSEITE

IHR KIND BEWEGT BEIDE ARME GLEICH

IHR KIND BEWEGT BEIDE BEINE GLEICH

IHR KIND DREHT SICH IN BEIDE RICHTUNGEN GLEICH

IHR KIND BENUTZT BEIDE HÄNDE GLEICH

SCHWIERIGKEITEN BEIM KRABBELN

SCHWIERIGKEITEN BEIM LAUFEN

IHR KIND HAT / HATTE ALS SÄUGLING

STILLPROBLEME

SCHREIKIND

HAARLOSE STELLEN AM HINTERKOPF

SPUCKT VIEL

UNREIFE HÜFTE

EINSCHLAFPROBLEME

AUGENPROBLEME

KOPFSCHIEFHALTUNG

FUSSFEHLSTELLUNG

ÜBERSTRECKTE HALTUNG

DREIMONATSKOLIKEN

KEINE BAUCHLAGE

SCHULKINDALTER – IHR KIND HAT / HATTE

HALTUNGS- UND BEWEGUNGS AUFFÄLLIGKEITEN

KONZENTRATIONS- UND LERN SCHWIERIGKEITEN

SPRACH- UND VERSTÄNDNISVERZÖGERUNGEN

AUFFÄLLIGE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

SOZIALE ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN

GROB- UND FEINMOTORIKPROBLEME (Z.B. SCHRIFT)

IHR KIND HAT / HATTE (WAS UND WANN)

BRILLE	NEIN	JA, SEIT		UNFÄLLE / STÜRZE
PRISMENBRILLE	NEIN	JA, SEIT		OPERATIONEN
SCHUHEINLAGEN		NEIN	JA	KNOCHENBRÜCHE
ABSATZERHÖHUNG		NEIN	JA	SONSTIGES:
ZAHNSPANGE / RETAINER		NEIN	JA	
IMPFUNGEN		NEIN	JA	
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN		NEIN	JA	

AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND

KURZE ERLÄUTERUNG, WESHALB IHR KIND HEUTE IN UNSERER PRAXIS IST:

SEIT WANN HAT IHR KIND DIESES PROBLEM? TAGEN WOCHEN MONATEN JAHREN SCHON IMMER

HABEN VORUNTERSUCHUNGEN STATTGEFUNDEN? (RÖNTGEN / CT / MRT / EEG / ORTHOPÄDE)

FRÜHERE THERAPIEN FÜR DIESES PROBLEM

HÄUFIG WIEDERKEHRENDE KRANKHEITEN ODER BESCHWERDEN?

WELCHE MEDIKAMENTE NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG EIN?

HIER FINDEN SIE IHR KIND HEUTE WIEDER

KOPFSCHMERZEN	ZAHNPROBLEME	MENSTRUATIONSBESCHWERDEN	SKOLIOSE
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	SCHLAFPROBLEME	SCHILDDRÜSENPROBLEME	SCHWINDEL
INTEGRATIONSSTÖRUNG	ASTHMA	HAUTPROBLEME / NEURODERMITIS	NASENBLUTEN
AUGENPROBLEME	ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN	HOCHSENSITIVE PERSÖNLICHKEIT	ADHS / ADS
KOORDINATIONSSTÖRUNG	SCHWACHES IMMUNSYSTEM	ALPTRÄUME	GEWICHTSPROBLEME
KIEFERGELENKPROBLEME	BETTNÄSSEN	RECHTSCHREIBPROBLEME	SCHLEUDERTRAUMA
NEBENHÖHLENPROBLEME	VERDAUUNGSPROBLEME	RECHENPROBLEME	PSYCHISCHE PROBLEME

DAS ALLTÄGLICHE

SCHLAFSTUNDEN	STD. / NACHT	ELEKTRISCHE GERÄTE	STD. / TAG
WASSER / FLÜSSIGKEIT	TASSEN / TAG	SPIELSTUNDE	STD. / TAG
SÜSSIGKEITEN	PORTION / TAG	SPORT	STD. / WOCHE
HAUSAUFGABEN	STD. / TAG	SPORTART	

SKIZZE

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Chiropraktik / Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (analog §§ 630a - 630h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Name

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in
/im Einverständnis aller Erziehungsberechtigter

Unterschrift der Heilpraktiker
und/oder der angestellten Chiropraktiker