

# ANAMNESEBOGEN

## KINDER

STEFAN HUBER  
CHIROPRAKTIK



### 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 CHIROPRAKTISCHER 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 BEWEGUNGSAUFFÄLLIGKEITEN

KONZENTRATIONS- UND LERNSCHWIERIGKEITEN

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 GESUNDHEITZUSTAND

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 STATTEGUFUNDEN? (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	MENSTRUATIONSBSCHWERDEN	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

Grid area for sketching.

## 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