

Anmeldung

Sehr geehrte Eltern!

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind und dessen Krankenvorgeschichte. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Der Fragebogen kann nicht alle Altersklassen erfassen. Bitte lesen Sie über Fragen hinweg, die nicht auf Ihr Kind zutreffen.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? (optional)

Arzt Vortrag Internet Flyer Zeitung Bekannte

Sonstiges _____

Behandlungsvertrag

Mir ist bewusst, dass ich die Kosten für die Behandlung meines Kindes selbst zu tragen habe und mich selbst um eventuelle Rückerstattung durch meine Krankenkasse zu kümmern habe.

(Bitte informieren Sie sich in diesem Fall vorher bei Ihrer Krankenkasse.)

Für den Ersttermin (45 bis 60 Minuten) wird ein Honorar von ca. **80€** vereinbart.

Für eventuelle Folgetermine (30 Minuten) wird ein Honorar von ca. **40€** vereinbart.

Die Bezahlung erfolgt direkt nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte.

Die Behandlung erfolgt nach vereinbarten Terminen.

Bei nicht rechtzeitiger Absage (**24 Stunden vor dem Termin**) wird eine Ausfallgebühr **in Höhe von 60€** erhoben.

Bei verspätetem Erscheinen kann eine volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Erstanamnesebogen Säuglinge / Kinder

1. Grund der Konsultation:

2. Schwangerschaft

	Ja	Nein	Weiß nicht
Bestehen Blutgruppen-unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestanden Infekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestanden Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahmen Sie Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Zwischenblutungen, -wehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es viel Kindsbewegungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Geburt

Dauer: _____ Std.

PDA / Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spontangeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eingleitet / gehemmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sektio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steißlage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saugglocke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei Geburt

- Gewicht _____ gr.

- Größe _____ cm

Spontanatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spontan geschrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Nach der Geburt

	Ja	Nein	Weiß nicht
Wird gestillt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme beim Saugen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spucken / Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstoßen / Schluckauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhl regelmäßig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall / Verstopfung / Koliken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öfters weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einseitige Kopfhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schädeldeformitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeichen von Schmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ab wann konnte Ihr Kind:

- sich drehen? mit ca. _____ Wochen
- robben? mit ca. _____ Wochen
- krabbeln? mit ca. _____ Wochen
- selbst stehen? mit ca. _____ Wochen
- laufen? mit ca. _____ Wochen

5. Schlaf

Dauer: - Tags _____ Std. / - Nachts _____ Std.

Wird eine Schlafposition bevorzugt?

- Nein
- Ja, welche? _____

Einseitige Kopfhaltung

- Nein
- Ja, welche Seite? _____

6. Sozialverhalten / Lernen

Ja **Nein**

Wurde Ihr Kind schon operiert?
Wenn ja, woran?

Bekam oder bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel)?
Wenn ja, welche?

Ja **Nein** **Weiß nicht**

Besucht ihr Kind schon Kindergarten oder Schule?

Geht Ihr Kind gerne in Kindergarten oder Schule?

Ist die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit gut?

Kann Ihr Kind sich selbst beschäftigen?

Kann es aufgetragene Dinge selbständig erledigen?

Einnässen?

Beziehung zu Anderen:

- kontaktfreudig

- schüchtern

- ängstlich

- weinerlich

- aggressiv

- hyperaktiv

7. Gibt es sonstige Beschwerden oder Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

Bitte bringen Sie zur Behandlung Ihres Kindes das Untersuchungsheft mit.

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten