



Anamnesebogen für Kinder

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung

Gesetzlich: _____

Privat: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: _____

Bitte beachten Sie, dass wir unsere erbrachten Leistungen direkt im Anschluss mit Ihnen abrechnen. Eine Bezahlung ist nur in bar oder per EC-Zahlung möglich. Bitte informieren Sie sich über unsere Preise.

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob und bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt..

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Freunde - Bekannte - Zeitung - Internet/Homepage - Flyer - Visitenkarten - Sonstiges

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein - Ja,

zuletzt am _____ bei _____.

Ist Ihr Kind momentan bei anderen Therapeuten in Behandlung?

Nein - Ja,

wegen _____

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis für amerikanische Chiropraktik richte ich meinen Focus auf die Gesundheit Ihres Kindes. Funktionelle Beschwerden des Bewegungsapparates können ganz unterschiedliche Ursachen haben und somit die Gesundheit nachhaltig negativ beeinflussen. Ursachen finden sich auf der physischen, biochemischen oder auch emotionalen Ebene. Um mir ein konkretes Bild von der Gesundheit Ihres Kindes machen zu können, bedarf es der Beantwortung nachstehender Fragen.

Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft _____

Ihr Kind wurde in der _____ Schwangerschaftswoche geboren.

Die Geburt

Es gab Komplikationen/Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Ihr Kind war eine Beckenendlage/Steißlage	Ja - Nein - weiß nicht
Die Geburt wurde eingeleitet	Ja - Nein - weiß nicht
Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt	Ja - Nein - weiß nicht
Die Geburt war eine Mehrlingsgeburt	Ja - Nein - weiß nicht
Die Geburt war ein Kaiserschnitt	Ja - Nein - weiß nicht
Die Geburt war mit Hilfsmitteln (Zange, Saugglocke)	Ja - Nein - weiß nicht
Ihr Kind hatte Geburtsverletzungen	Ja - Nein - weiß nicht
Sonstige Komplikationen?	

Das Säuglingsalter

Ihr Kind wird/wurde gestillt	Ja - Nein - weiß nicht
Ihr Kind hat/hatte eine Lieblingsseite	Ja - Nein - weiß nicht
Ihr Kind bewegt beide Arme gleich	Ja - Nein - weiß nicht
Ihr Kind bewegt beide Beine gleich	Ja - Nein - weiß nicht
Ihr Kind dreht den Kopf lieber in eine Richtung	Ja - Nein - weiß nicht
Hier finden Sie Ihr Kind als Säugling wieder:	

Stillprobleme Schlafprobleme - überstreckte Haltung - Kopfschiefhaltung -
Unreife Hüftentwicklung - Haarlose Stellen am Kopf - Augenprobleme -
Keine Bauchlage - Fußfehlstellung - Schreikind - 3 Monatskoliken - spuckt viel

Klein- und Schulkindalter

Schwierigkeiten beim Robben	Ja - Nein - weiß nicht
Schwierigkeiten beim Krabbeln	Ja - Nein - weiß nicht
Schwierigkeiten beim Laufen	Ja - Nein - weiß nicht
Probleme in Kindergarten/Schule	Ja - Nein - weiß nicht
soziale Entwicklungsverzögerungen	Ja - Nein - weiß nicht
Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten	Ja - Nein - weiß nicht
Sprach- und Verständnisverzögerungen	Ja - Nein - weiß nicht
Konzentrations- und Lernschwierigkeiten	Ja - Nein - weiß nicht

Die Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Welche nennenswerten Krankheiten hatte Ihr Kind?

Häufig wiederkehrende Krankheiten und Beschwerden

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? (Tabletten, Tropfen, Sprays)

Welche Krankheiten kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

Ihr Kind hat/hatte (wo und wann?)

Unfälle/Stürze: _____

Operationen: _____

Knochenbrüche: _____

Krebserkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Schuheinlagen: Nein - Ja, links - Ja, rechts

Absatzerhöhung: Nein - Ja

Zahnspangen/Retainer: Nein - Ja

Impfungen: Nein - Ja, und zwar: _____

Sonstiges: _____

Aktueller Gesundheitszustand

Mein Kind hat keine Beschwerden und ist aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Kurze Erläuterung, warum Ihr Kind heute in meiner Praxis ist:

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem?

Tagen - Wochen - Monaten - Jahren - schon immer

Das Problem verschlimmert sich, wenn _____

Das Problem verbessert sich, wenn _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopädie,)

Frühere Therapien für dieses Problem:

Hier finden Sie Ihr Kind heute wieder:

Kopfschmerzen - Augenprobleme - Asthma - Schwindel - Nasenbluten -
Entzünd. der Nasennebenhöhlen - Verspannungen - Ängste - Alpträume -
Kontaktscheu - Gleichgewichtsstörungen - schwaches Immunsystem -
Muskelprobleme - Gewichtsprobleme - Zahnprobleme - Häufige Blockaden -
Veränd. Stuhlgewohnheiten - Sehstörungen - Konzentrationsstörungen
Rückenschmerzen - Kieferprobleme - Schleudertrauma - Hautprobleme -
Schlaflosigkeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

