

Anamnesebogen für Kinder und Säuglinge

Patientendaten

_____	_____	
Name	Vorname	
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Ort	Geburtsdatum

Erziehungsberechtigter

_____	_____	_____
Name	Vorname	Wievielte Schwangerschaft?
_____	_____	
Telefon	Fax	
_____	_____	
E-Mail	Woher kennen Sie uns?	
_____	_____	
Beruf	Private Krankenkasse?	

Verlauf der Schwangerschaft

_____	_____
Fühlte die Mutter sich wohl?	Krankheiten der Mutter in der Schwangerschaft?
_____	_____
Schock/Unfall/Stress?	Medikamente/Alkohol/Zigaretten?
_____	_____
Krankheiten in der Familie?	Vorzeitige Wehen?

Geburtsverlauf

_____	_____
Entbindung in welcher Schwangerschaftswoche?	Wie lange dauerten die Wehen?
_____	_____
Blasensprung?	Gab es eine Wehenpause?
_____	_____
Wehenfördernde/-hemmende Medikamente?	Wie sah das Kind aus? Foto?
_____	_____
Saugglocke/Zange/Steißlage/Sternengucker/Beckenendlage/Kaiserschnitt?	

Postnatal

Hat es gleich gesaugt? Wurde es gestillt? Wie lange?

Probleme beim Atmen?

Hat es gespuckt?

Koliken/Durchfälle?

Schlafprobleme? Schlafrhythmus?

In welcher Position schläft das Kind?

War es steif, überstreckt?

Hüften OK?

Schnuller?

Entwicklung

Hat es gerobbt, gekrabbelt?

Wann hat es laufen gelernt?

Wann hat es sprechen gelernt?

Inkontinenz/Stuhlverhalt?

Stürze/Unfälle/Operationen/Narben/kieferorthopädische Behandlung/Zahnspange?

Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeit/Asthma?

HNO Probleme?

Kopfschmerzen?

Bauchschmerzen?

Rücken-/Gelenksprobleme?

Zahnstellung/wann gezahnt?

Ernährung/Getränke?

Charakter des Kindes

Freunde? | Schulische Leistung?

Probleme in der Familie (Scheidung der Eltern, Todesfälle, o. ä.)?

Bewegungsverhalten/Sport?

Wir weisen darauf hin, dass die Behandlungen Ihres Therapeuten nach den in der Praxis festgelegten Gebührensätzen abgerechnet werden. Wir rechnen jede Behandlung einzeln ab und bitten Sie deshalb, diese direkt im Anschluss zu begleichen. Dazu stehen Ihnen zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Barzahlung und EC-Kartenzahlung. Für Termine, die nicht spätestens am Vortag der Behandlung abgesagt werden, berechnen wir 30,00 €.

Erklärung:

Sofern seitens meines Kostenträgers die erbrachten Leistungen teilweise oder vollständig gekürzt oder nicht anerkannt werden, erkläre ich, den Rechnungsbetrag dennoch in voller Höhe zu begleichen.

Heiligenhaus, den | Unterschrift