

Anamnesebogen Kinder



Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese so genau wie möglich.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name Mutter/ Vater: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung des Kindes: _____

Schildern Sie bitte kurz die Beschwerden Ihres Kindes.

Seit wann gibt es die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Gibt es hierzu schon ärztliche Untersuchungen? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? (Wenn möglich, bitte Befunde zur 1. Behandlung mitbringen)

Gibt es andere Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten? (auch Kinderkrankheiten, Infektionskrankheiten)

Hatte das Kind in der Vergangenheit Stürze, Unfälle, Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Welche Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathie) nimmt das Kind regelmäßig? Seit wann?

Hat Ihr Kind stark abgenommen? ja nein Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen? ja nein

Schwitzt Ihr Kind nachts viel? ja nein Klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen? ja nein

Befindet sich Ihr Kind aktuell in Kieferorthopädischer/ zahnmedizinischer Behandlung? ja nein

Gab es während der Schwangerschaft bzw. während oder nach der Geburt Komplikationen?

In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt? _____SSW Per Einleitung? ja nein

Wie wurde das Kind geboren? Spontangeburt Saugglocke/ Zange Kaiserschnitt Notkaiserschnitt

Geburtslage Hinterhauptslage Beckenendlage/ Steißlage Querlage Gesichtslage

Wurde/ wird das Kind gestillt? ja nein

Sie haben sich für eine osteopathische Behandlung entschieden. Osteopathie ist derzeit keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Eine Behandlungseinheit in meiner Praxis dauert **50-60 Minuten und kostet 80-90 Euro**.

Nach Beendigung der Behandlungsserie erhalten Sie von mir eine Rechnung nach Gebührenrechnung der Heilpraktiker (GebüH), diese ist unabhängig von der Erstattungsfähigkeit Ihrer Krankenversicherung zu begleichen.

Informationen zum Datenschutz nach DSGVO:

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlungen bin ich einverstanden. Diese Daten werden zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit dem Patienten, zur Dokumentation und zur Terminvereinbarung (Telefonisch, E-Mail, SMS, Messengerdienst Signal) genutzt. Sie sind jederzeit berechtigt die Daten einzusehen, die Löschung zu beantragen oder diesen Vertrag zu widerrufen.

Genauere Informationen zum Datenschutz können in der Praxis eingesehen werden.

Datum

Unterschrift