



Patienten-Fragebogen -Kinder-

Datum:

Im Zuge einer organisierten Patientenerfassung bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname:

Name eines Elternteils:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Klasse/Kindergarten:

Geschwister (Anzahl und Alter):

Familienstand der Eltern:

Wie können wir Sie in Praxisangelegenheiten telefonisch erreichen?

E-Mail:

Wodurch wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? Familie/Freunde , Internet , Sonst.

Sind Sie an der Zusendung eines Newsletters interessiert (max. 2x jährl.) Ja Nein

Bitte nennen Sie mir den Namen Ihrer Ärzte und Therapeuten:

-
-

- Wie sind Sie versichert?** A) **Gesetzlich:** (Keine Kostenübernahme durch die GKV, Erstanamnese 80 €)
B) **PKV bei:** (Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)
C) **Private Zusatzversicherung bei:** (Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Bitte beachten Sie, dass Termine 48 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, den Termin mit 50,00 € in Rechnung zu stellen.

Auf der zweiten Seite bitte ich Sie noch kurz um weitere Informationen und möchte Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen (DSGVO). Bei Bedarf können Sie uns jederzeit gerne ansprechen.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Ihre Familienpraxis in Wedel

Cyrus Marco Djahanbaz | MSc in Chiropraktik

Amerikanische Chiropraktik für die ganze Familie

Anamnese-Bogen -Kinder-

Name:

Sehr geehrte Eltern,
damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Ihr Kind nehmen kann, möchte ich Sie bitten,
mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Bitte zählen Sie die Beschwerden auf, weswegen Sie mich **heute** mit Ihrem Kind aufsuchen:

-
-
-

Ernährung: (bitte die hauptsächlichen Ernährungslinien angeben; Mehrfachnennung möglich!)

Mischkost , Vollwert , Rohkost , Vegetarisch/Vegana , Fastfood , unregelmäßig , täglich Obst ,
viele Süßigkeiten , Flüssigkeit pro Tag in Litern _____

Geburtsanamnese: Natürliche Geburt , Kaiserschnitt , Zangen/Saugglockengeburt ,

Schwangerschaftsdauer ____ SW, Apgar Wert _____, Gewicht _____, Größe _____, Kopfumfang _____

Problemschwangerschaft: Ja Nein Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Wie lange? _____ Monate

Mein Kind schreit viel , spuckt viel , hat/hatte eine Lieblingsseite rechts , links . Mein Kind

rauft sich die Haare , hat Konzentrationsstörungen , bewegt sich nicht symmetrisch . Mein Kind

ist gerobbt , gekrabbelt , gestanden , gelaufen , hat gesprochen .

Liegt ein Verdacht auf eine Entwicklungsauffälligkeit vor? Ja Nein

➤ wenn ja: Sprache , Motorik , cerebral , emotional , sozial

Erwähnenswerte Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

-
-
-

Medikamentenanamnese – bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Ihr Kind regelmäßig einnimmt:

-
-
-

Hat Ihr Kind im letzten halben Jahr oder davor Antibiotika , Kortison , Ritalin , Antiepileptika ,
Antiallergika , Schmerzmittel , Homöopatika eingenommen?

Gab es jemals Impfreaktionen wie z.B. Unruhe , Fieber , Rötung , neurologische Störungen ?

Bei älteren Kindern:

Wie viele Stunden Sport treibt Ihr Kind wöchentlich im Durchschnitt?

Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind täglich vor den elektronischen Medien?

Wie viele Stunden Schlaf hat Ihr Kind im Durchschnitt?

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit ein Widerrufsrecht zur Verarbeitung ihrer Daten (DSGVO).