

ANAMNESEBOGEN

KINDER

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

NAME

STRASSE / NR.

VORNAME

PLZ / ORT

GEB.

TELEFON

E-MAIL

MOBIL

ANGABEN DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

NAME

VORNAME

GEB.

NAME

VORNAME

GEB.

KRANKENVERSICHERUNG

SELBSTZAHLER / GESETZLICH VERSICHERT

PRIVATVERSICHERUNG BEI

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR HEILPRAKTIKER BEI

VERSICHERT ÜBER WELCHE PERSON

ALLGEMEINE ANGABEN

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WAR IHR KIND BEREITS IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG?

NEIN

JA, ZULETZT AM

BEI

IST IHR KIND MOMENTAN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

NEIN

JA, WEGEN

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

DIE WIEVIELTE SCHWANGERSCHAFT

IHR KIND WURDE IN DER

SCHWANGERSCHAFTSWOCHE GEBOREN

JA

NEIN

ES GAB KOMPLIKATIONEN / BESONDERHEITEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT / UNTER DER GEBURT

IHR KIND WAR EINE BECKENENDLAGE / STEISSLAGE / STERNGUCKER

DIE GEBURT WURDE MEDIKAMENTÖS EINGELEITET

WÄHREND DER GEBURT WURDE AUF DEN BAUCH GEDRÜCKT

DIE GEBURT WAR EIN KAISERSCHNITT

DIE GEBURT WAR MIT HILFSMITTELN (ZANGE / SAUGGLOCKE)

IHR KIND HATTE GEBURTSVERLETZUNGEN

SONSTIGE KOMPLIKATIONEN

SÄUGLINGSALTER UND KLEINKINDALTER

JA

NEIN

IHR KIND WIRD / WURDE GESTILLT

IHR KIND HAT / HATTE EINE LIEBLINGSSEITE

IHR KIND BEWEGT BEIDE ARME GLEICH

IHR KIND BEWEGT BEIDE BEINE GLEICH

IHR KIND DREHT SICH IN BEIDE RICHTUNGEN GLEICH

IHR KIND BENUTZT BEIDE HÄNDE GLEICH

SCHWIERIGKEITEN BEIM KRABBELN

SCHWIERIGKEITEN BEIM LAUFEN

IHR KIND HAT / HATTE ALS SÄUGLING

STILLPROBLEME

SCHREIKIND

HAARLOSE STELLEN AM HINTERKOPF

SPUCKT VIEL

UNREIFE HÜFTE

EINSCHLAFPROBLEME

AUGENPROBLEME

KOPFSCHIEFHALTUNG

FUSSFEHLSTELLUNG

ÜBERSTRECKTE HALTUNG

DREIMONATSKOLIKEN

KEINE BAUCLAGE

SCHULKINDALTER – IHR KIND HAT / HATTE

HALTUNGS- UND BEWEGUNGSAUFFÄLLIGKEITEN

KONZENTRATIONS- UND LERNSCHWIERIGKEITEN

SPRACH- UND VERSTÄNDNISVERZÖGERUNGEN

AUFFÄLLIGE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

SOZIALE ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN

GROB- UND FEINMOTORIKPROBLEME (Z.B. SCHRIFT)

IHR KIND HAT / HATTE (WAS UND WANN)

BRILLE	NEIN	JA, SEIT	UNFÄLLE / STÜRZE
PRISMENBRILLE	NEIN	JA, SEIT	OPERATIONEN
SCHUHEINLAGEN	NEIN	JA	KNOCHENBRÜCHE
ABSATZERHÖHUNG	NEIN	JA	SONSTIGES:
ZAHNSPANGE / RETAINER	NEIN	JA	
IMPFUNGEN	NEIN	JA	
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN	NEIN	JA	

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

KURZE ERLÄUTERUNG, WESHALB IHR KIND HEUTE IN UNSERER PRAXIS IST:

SEIT WANN HAT IHR KIND DIESES PROBLEM? TAGEN WOCHEN MONATEN JAHREN SCHON IMMER

HABEN VORUNTERSUCHUNGEN STATTFUNDEN? (RÖNTGEN / CT / MRT / EEG / ORTHOPÄDE)

FRÜHERE THERAPIEN FÜR DIESES PROBLEM

HÄUFIG WIEDERKEHRENDE KRANKHEITEN ODER BESCHWERDEN?

WELCHE MEDIKAMENTE NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG EIN?

HIER FINDEN SIE IHR KIND HEUTE WIEDER

KOPFSCHMERZEN	ZAHNPROBLEME	MENSTRUATIONSBSCHWERDEN	SKOLIOSE
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	SCHLAFPROBLEME	SCHILDDRÜSENPROBLEME	SCHWINDEL
INTEGRATIONSSTÖRUNG	ASTHMA	HAUTPROBLEME / NEURODERMITIS	NASENBLUTEN
AUGENPROBLEME	ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN	HOCHSENSITIVE PERSÖNLICHKEIT	ADHS / ADS
KOORDINATIONSSTÖRUNG	SCHWACHES IMMUNSYSTEM	ALPTRÄUME	GEWICHTSPROBLEME
KIEFERGELENKPROBLEME	BETTNÄSSEN	RECHTSCHREIBPROBLEME	SCHLEUDERTRAUMA
NEBENHÖHLENPROBLEME	VERDAUUNGSPROBLEME	RECHENPROBLEME	PSYCHISCHE PROBLEME

DAS ALLTÄGLICHE

SCHLAFSTUNDEN	STD. / NACHT	ELEKTRISCHE GERÄTE	STD. / TAG
WASSER / FLÜSSIGKEIT	TASSEN / TAG	SPIELSTUNDE	STD. / TAG
SÜSSIGKEITEN	PORTION / TAG	SPORT	STD. / WOCHE
HAUSAUFGABEN	STD. / TAG	SPORTART	

SKIZZE

Grid area for sketching.

BITTE SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE UND GESPEICHERTE FORMULAR PER E-MAIL AN: MAIL@CHIROPRAxis-JORK.DE

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Chiropraktik / Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen **aufgeklärt** wurde (analog §§ 630a - 630h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Name

Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient/in
/im Einverständnis aller Erziehungsberechtigter

.....
Unterschrift der Heilpraktikerin
und/oder der angestellten Chiropraktiker