

PATIENT*INNENANAMNESE

für Kinder (4–14 Jahre)

SEITE 1/4

Vor- und Nachname des Kindes

Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Erziehungsberechtigte*r

Berufliches Tätigkeitsfeld

Telefonnummer (mit guter Erreichbarkeit)

Bei welcher Krankenkasse ist ihr Kind versichert?

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfe

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?



Angaben zum Kind

Geburtsdatum _____

Wer ist der/die behandelnde Kinderarzt/-ärztin?

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mich bei Bedarf auch an andere Gesundheitsexpert*innen, z.B. an den Kinderarzt/die Kinderärztin, wende und den Behandlungsfall bespreche?

☐ Ja ☐ Nein

Übernimmt Ihre Krankenkasse (evtl. auch eine Zusatzversicherung) ganz oder teilweise die Kosten für die Behandlungen?

☐ Ja ☐ Nein

Fragen zur Schwangerschaft

Wie war der Gesundheitsstatus der Mutter während der Schwangerschaft? Gab es Komplikationen?

Hatte sie Beschwerden im Rücken- und/oder Beckenbereich?

Musste sie während der Schwangerschaft und/oder Stillzeit Medikamente nehmen? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Hat sie während der Schwangerschaft Alkohol, Nikotin und/oder Koffein zu sich genommen?

Hatte sie Sorgen bezüglich der Schwangerschaft und/oder Geburt?

Wie lag Ihr Baby in den letzten Wochen/Monaten der Schwangerschaft im Bauch?

☐ Kopflage ☐ Kopflage/Sternengucker ☐ Querlage ☐ Schräglage
☐ Beckenendlage (mit dem Becken nach unten/sitzend)

Angaben zur Geburt

Wo fand die Geburt statt? _____

Wie lange hat die Geburt gedauert? _____

Gab es Komplikationen bzw. kam es zu Geburtsverletzungen bei Ihrem Baby?

Wie war der Apgar-Wert (Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe – steht im Kinderuntersuchungsheft)?

Handelte es sich um eine spontane oder eingeleitete Geburt?

☐ Spontan ☐ Eingeleitet

Wurden Hilfsmittel, wie z.B. eine Saugglocke verwendet? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Gab es einen Kaiserschnitt?

☐ Kaiserschnitt ☐ Not-Kaiserschnitt ☐ Nein

Haben Sie die Geburt als traumatisch empfunden?

Warum möchten Sie Ihr Kind chiropraktisch behandeln lassen?

☐ Vorsorge ☐ Problembehandlung

Wenn Problembehandlung, was führt Sie zu uns und wie lange besteht das Problem?

Haben Sie eine Vermutung, wie die Beschwerden entstanden sind?

Hat oder hatte Ihr Kind eine Zahnspange?

☐ Ja ☐ Nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Behandlung?

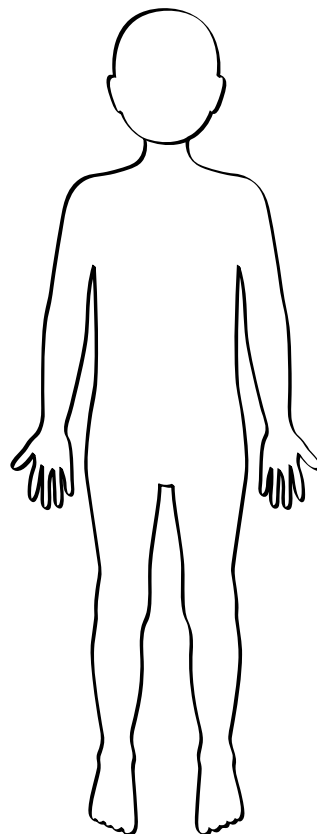
☐ Ja ☐ Nein

Ist/war Ihr Kind in einer Fehlhaltung? Wenn ja, welche? (Bitte rechts einzeichnen)

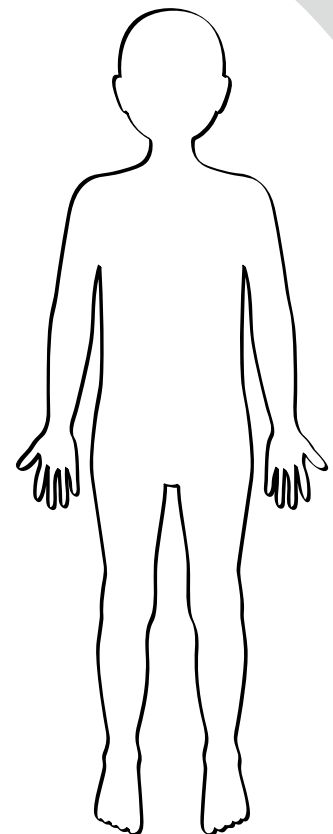
☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden? Wenn ja, wo? (Bitte rechts einkreisen)

☐ Ja ☐ Nein



Vorderseite



Rückseite

Leidet Ihr Kind unter einer anderen Krankheit? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Gab es Operationen, Unfälle oder Stürze?

Gab es Impfreaktionen? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind bereits eine andere Behandlung erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Behandlung und hat diese Behandlung geholfen?

Treibt Ihr Kind Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

☐ Ja ☐ Nein

Was sind Ihre Erwartungen an mich?

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Meine eigenen Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Ich bin mit dem heutigen Beginn der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r