



Name, Vorname des Kindes		Geb.-Datum	Titel, Name, Vorname (Erziehungsberechtigter)	
Straße, Hausnummer			Geb.-Datum	Telefon
PLZ	Wohnort		E-Mail (Erziehungsberechtigter)	

Anamnesebogen für Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

ich möchte Sie mit Ihrem Kind in meiner Praxis ganz herzlich willkommen heißen und mich für Ihr Vertrauen bedanken! Bevor ich mich persönlich mit Ihnen unterhalten kann, benötige ich von Ihnen Informationen, die es mir ermöglichen, mir ein Bild von dem allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes zu machen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der zivilrechtlichen Schweigepflicht nach BGB und der Berufsordnung für Heilpraktiker. Das gilt für mich als Praxisinhaber ebenso wie für mein gesamtes Team.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung von?			
Körpergröße [cm]	Gewicht [kg]	Blutgruppe	Sind Allergien bekannt? Wenn ja, gegen?
Nationalität Kind:		Sprache:	
Nationalität Erziehungsberechtigter:		Sprache:	

Bekannte, momentane Erkrankungen, Vorerkrankungen, Auffälligkeiten (wenn ja, bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Komplikationen bei der Geburt? Wenn ja, besprechen wir das persönlich. Z.B. Beckenendlage, Zwangslagen im Mutterleib. Geburtsgewicht über 4000g. Kristeller-Handgriff (Druck auf den Oberbauch/Gebärmutterdach in der Austreibungsphase). Lange und erschwerte Geburt, auch mit Hilfsmitteln wie Saugglocken- oder Zangengeburt. Nach der Geburt nur am Kopf hochgehoben. (Not-)Kaiserschnitt. Schiefelage im Mutterleib. Sehr schnelle Geburt. Steißlage. Sterngucker (hintere Hinterhauptslage am Sakrum). Sturz auf den Kopf oder Rücken. Zwillingsgeburten.	
<input type="checkbox"/> KISS – Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung	<input type="checkbox"/> KIDD – Kopfgelenk-induzierte Dyspraxie / Dysgnosie
<input type="checkbox"/> Hämorrhagische Erkrankungen oder Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)
<input type="checkbox"/> Hydrozephalus („Wasserkopf“)	<input type="checkbox"/> Hüftinstabilität
<input type="checkbox"/> Häufiges Schreien unklarer Genese?	<input type="checkbox"/> Häufige Otitis media?
<input type="checkbox"/> Schielen (Strabismus)?	<input type="checkbox"/> Harter Bauch?
<input type="checkbox"/> Häufiges Aufstoßen von Milch, „Spuckkind“?	<input type="checkbox"/> Motorische Auffälligkeiten?
<input type="checkbox"/> Schreikind?	<input type="checkbox"/> frische, nicht verheilte Frakturen/Knochenbrüche? Wo /Was?
<input type="checkbox"/> Akute Entzündung? Was und wo?	<input type="checkbox"/> angeborene Anomalien, was, seit wann?

Medikamente:

<input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Haltungstörungen (Gangbild, Körperhaltung, häufiges Stolpern, „Sportmuffel“)
<input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Probleme (Fehlbiß, Kreuzbiß, Überbiß)	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne
<input type="checkbox"/> Konzentrations- und Lernschwierigkeiten (Unruhe, Hyperaktivität, Träumer)	<input type="checkbox"/> Motorische Defizite mit Koordinationsstörungen (grobmotorisch: Balancieren, Fahrradfahren; feinmotorisch: Malen, Basteln Schriftbild)
<input type="checkbox"/> Schreib- und Leseschwierigkeit <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> Vegetative Störungen (z.B. Bettnässen)
<input type="checkbox"/> frische Operationen/Wunden, insbesondere an der Wirbelsäule?	

Ist das Kind zurzeit in Behandlung?

nein ja, bei Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

Ihr Hausarzt (Name u. Adresse): _____

Röntgenaufnahmen (CT /MRT) mit schriftlichem Befund, passend zur aktuellen Beschwerde

nein ja Was? _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer und/oder osteopathischer Behandlung?

nein ja, zuletzt am: _____

bei: (Name u. Adresse) _____

Wir wollen für Sie den passenden Gebührenkatalog zuordnen, deshalb bitten wir Sie um folgende Angaben

Ich bin gesetzlich versichert. a) Reduzierter Tarif für Selbstzahler. Ersttermin 79,-€ (max. 1 Std), Folgetermin 48,-€ (max. 30 Min.)

Ich bin privat versichert. – siehe b)

Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker – siehe b)

Beihilfe Bund/Land – siehe b)

Beihilfe PostB – siehe b)

b) Sie sind privat versichert oder haben eine private Zusatzversicherung oder sind beihilfeberechtigt.
Die Rechnung erfolgt nach der Gebüh, der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Die Behandlungskosten richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren. Ich, Johannes Schwall, bin Mitglied im Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 22651. Herr Erik Cargalli ist Mitglied im Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 106902. Im Verband der Osteopathen sind wir nicht. Wir arbeiten NICHT mit gesetzlichen Krankenkassen zusammen.

Wir als Heilpraktiker schließen mit Ihnen als Patient/-in hiermit einen Dienstvertrag (§§ 611-630 BGB), der uns zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, Sie als Patient/-in zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für uns Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so möchte ich Sie bitten, diesen rechtzeitig für andere Patienten freizugeben. Ich behalte mir vor, die Ausfallzeiten (zu späte oder keine Absage und keine Terminverschiebung) nach §§ 615 i.V.m. § 630b sowie § 280 Abs. 1 BGB zu berechnen.

Zahlungsziele: Fälligkeit nach Erstbehandlung, Einmalbehandlung oder nach Ende einer Terminserie sofort nach Leistungserbringung. Ansonsten spätestens innerhalb 10 Tage nach Rechnungsstellung.

Datenschutzerklärung und Hinweise zum Ersttermin gelesen (auf der Homepage oder auf Papierausdruck) und akzeptiert.

Ich möchte max. 2-mal/Jahr über wichtige Praxisneuigkeiten per E-Mail bis auf Widerruf informiert werden.

Ich wünsche eine Kopie dieses Anamnesebogens und bestätige hiermit, diese erhalten zu haben.

Anmerkungen des Patienten	Anmerkungen des Behandlers
Datum, Unterschrift	