

ANAMNESEBOGEN FÜR KIDS

Nehmt Euch bitte Zeit diesen Bogen sorgfältig auszufüllen! Er stellt eine wichtige Grundlage für die Betreuung Deines Kindes in unserer Praxis dar. Wir möchten Dein Kind besser kennenlernen, um das gesunde Wachstum und das Wohlbefinden Deines Kindes optimal zu unterstützen.

PERSÖNLICHE DATEN DES KINDES

Vorname _____ Straße _____
 Name _____ PLZ / Ort _____
 Geburtsdatum _____ Telefon _____

Selbstzahler Privatversicherung Zusatzversicherung für Heilpraktiker

ANGABEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name _____ Geburtsdatum _____
 e-Mail _____ Handy _____

WIE SEID IHR AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet Google Zeitung Empfehlung Sonstiges _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Die Eltern leben zusammen getrennt / geschieden in neuer Partnerschaft

Geschwister (Vorname und Geburtsjahr) _____

War Dein Kind schon mal in chiropraktischer Betreuung?

Ja, zuletzt am _____ Bei _____

Ist Dein Kind aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja, wegen _____

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Die wievielte Schwangerschaft _____

Dein Kind wurde in der _____ Schwangerschaftswoche geboren JA NEIN UNSICHER

Es gab Komplikationen / Besonderheiten während der Schwangerschaft

Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft

Dein Kind war ein/e Steißlage / Beckenendlage / Sterngucker

Die Geburt wurde medikamentös eingeleitet

Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt

Es wurde ein Kaiserschnitt gemacht

Bei der Geburt wurden Hilfsmittel (Zange / Saugglocke) verwendet

Dein Kind hatte Geburtsverletzungen

Sonstige Komplikationen

HIER FINDEST DU DEIN KIND ALS SÄUGLING WIEDER

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stillprobleme | <input type="checkbox"/> Schreikind | <input type="checkbox"/> Lieblingsseite |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Spuckt viel | <input type="checkbox"/> bewegt Arme ungleich |
| <input type="checkbox"/> Haarlose Stellen am Hinterkopf | <input type="checkbox"/> Kopfschiefhaltung | <input type="checkbox"/> bewegt Beine ungleich |

HIER FINDEST DU DEIN KIND ALS KLEINKIND / SCHULKIND WIEDER

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Krabbeln | <input type="checkbox"/> Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Laufen | <input type="checkbox"/> Sprach- und Verständnisverzögerung |
| <input type="checkbox"/> Probleme im Kindergarten / Schule | <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Lernschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Soziale Entwicklungsverzögerungen | <input type="checkbox"/> Auffällige Ernährungsgewohnheiten |

DEIN KIND HAT / HATTE (WAS UND WANN)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brille _____ | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnspange _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen _____ | <input type="checkbox"/> Impfungen _____ |
| <input type="checkbox"/> Absatzerrhöhung _____ | <input type="checkbox"/> besonders belastende Ereignisse _____ |
| <input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____ | _____ |

DAS ALLTÄGLICHE

Schlafstunden _____ STD / Nacht	Spielstunden _____ / Tag
Trinkmenge / Wasser _____ Liter / Tag	Größe _____ cm Gewicht _____ Kg
Süßigkeiten _____ Portionen/ Tag	Sport _____ STD / Woche
Hausaufgaben _____ STD / Tag	Sportarten/ Freizeitaktivitäten _____
Elektrische Geräte _____ STD / Tag	_____

GESUNDHEIT DEINES KINDES BIS HEUTE

Hat Dein Kind häufig wiederkehrende Beschwerden oder Krankheiten?

Nimmt Dein Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, folgende _____

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

- Mein Kind hat keine Beschwerden und kommt prophylaktisch in Eure Praxis
 Mein Kind kommt wegen folgendem Problem in die Praxis
-
-

Seit wann besteht dieses Problem? Tage Wochen Monate Jahre Schon immer
Wurden bereits andere Therapeuten / Ärzte wegen dieses Problems aufgesucht?

Nein Ja, folgende _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (CT, MRT, Röntgen, Labor, Orthopäde...)

Nein Ja, folgende _____

(Gerne kannst Du uns schriftliche Befundergebnisse mitbringen.)

HIER FINDEST DU DEIN KIND HEUTE WIEDER

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Rechenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Rechtschreibprobleme |
| <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme |

DAS MÖCHTEN WIR AUßERDEM NOCH ERWÄHNEN / FRAGEN

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

Ort

Datum

Name (Erziehungsberechtigte/r)