

WICHTIG: Bitte Download-PDF vor dem Ausfüllen auf Deinen Computer speichern.



ANAMNESEBOGEN

Kinder

PERSÖNLICHE DATEN DEINES KINDES

Name	<input type="text"/>	Straße / Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

ANGABEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geb.	<input type="text"/>
------	----------------------	---------	----------------------	------	----------------------

KRANKENVERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert – über wen:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Privatversicherung bei	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beihilfe (%)	<input type="text"/>

ALLGEMEINE ANGABEN

Wie bist Du auf meine Praxis aufmerksam geworden?	<input type="text"/>
War Dein Kind schon einmal in Chiropraktischer Behandlung?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am <input type="text"/>	Bei <input type="text"/>
Ist Dein Kind momentan in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wegen <input type="text"/>	

Bitte nehme Dir Zeit beim Ausfüllen dieses Fragebogens.
Die Informationen verschaffen mir ein Bild über den Gesundheitszustand
Deines Kindes und sind für die Chiropraktische Behandlung
in meiner Praxis von großer Bedeutung.

GESUNDHEIT DEINES KINDES BIS HEUTE

Häufig wiederkehrende Krankheiten oder Beschwerden?

Welche Medikamente nimmt Dein Kind regelmäßig ein?

DEIN KIND HAT / HATTE (WAS UND WANN)

Brille Nein Ja, seit

Schuheinlagen Nein Ja

Absatzerrhöhung Nein Ja

Zahnsperre / Retainer Nein Ja

Impfungen Nein Ja

Sonstiges

Unfälle / Stürze

Operationen

Knochenbrüche

Allergien / Unverträglichkeiten

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Mein Kind hat keine Beschwerden und ist aus Prophylaktischen Gründen in meiner Praxis

Kurze Erläuterung, weshalb Dein Kind heute in meiner Praxis ist:

Seit wann hat Dein Kind dieses Problem? Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen / CT / MRT / Orthopäde)

Frühere Therapien für dieses Problem

HIER FINDEST DU DEIN KIND HEUTE WIEDER

Kopfschmerzen

Zahnprobleme

Zahnprobleme

Gleichgewichtsstörung

Schlaflosigkeit

Schlaflosigkeit

Integrationsstörung

Asthma

Asthma

Augenprobleme

Übermäßiges Schwitzen

Übermäßiges Schwitzen

Koordinationsstörung

Schwaches Immunsystem

Schwaches Immunsystem

Kiefergelenkprobleme

Blasenleiden

Blasenleiden

Nebenhöhlenprobleme

Verdauungsprobleme

Verdauungsprobleme

Skoliose

Appetitverlust

Schleudertrauma

Schwindel

Gewichtsprobleme

Verspannungen

Nasenbluten

DAS ALLTÄGLICHE

Schlafstunden Std. / Nacht

Elektrische Geräte Std. / Nacht

Wasser / Flüssigkeit Tassen / Tag

Spielstunde Std. / Tag

Süßigkeiten Portion / Tag

Sport Std. / Woche

Hausaufgaben Std. / Tag

Sportart

KLEIN- UND SCHULKINDALTER – DEIN KIND HATTE / HAT

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



- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich regelmäßig über neueste Angebote und Sonderaktionen in der Praxis MEDISTEP über meine hier genannte E-Mail Adresse informiert werde. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mail unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden. Ich kann mein Einverständnis zur Kontaktierung per E-Mail jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Die Praxis Medistep wird als reine Bestellpraxis geführt. Das bringt für Dich erhebliche Vorteile: unnötige Wartezeiten können so vermieden werden. Das bedeutet für uns, dass ein kurzfristig abgesagter Termin oft nicht mehr belegt werden kann. Deshalb bitten wir Dich, Termine, die nicht wahrgenommen werden können mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Terminen, die nicht wie oben beschrieben abgesagt wurden, müssen wir Dir ansonsten den gesamten Behandlungssatz in Rechnung stellen. Um Deiner Gesundheit vollkommene Aufmerksamkeit zu schenken, wird jede Behandlung im Anschluss sofort bar oder mit der EC-Karte bezahlt. Die Kosten für die Behandlungen in meiner Praxis müssen von Dir privat getragen werden. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

Bitte sende das ausgefüllte und gespeicherte Formular per E-Mail an: info@medi-step.de

- Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigten als berechtigter Vertreter