

## Patienten Fragebogen

### Babys

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geschwister \_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_

Versicherung:

Gesetzlich (TKK, AOK, usw.)  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung

### Anleitung

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Sie können auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben.

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

Mir dient der Fragebogen zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung.

Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden, wann erstmalig aufgetreten, welche Seite sind die Beschwerden usw.

Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie bitte aus.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (der letzten 12 Monate )
- Impfpass, U-Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die ihr Kind zur Zeit einnimmt
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das entgegen gebrachte  
Vertrauen!

**Was ist Ihr Wunsch an mich für Ihr Kind, was ist Ihr Ziel?**

---

---

### **Schwangerschaft**

**Verlauf** Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.

---

**Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?**  
Schwangerschaft/ Stillzeit

---

**Dauer**     zum errechneten Termin     früher, nach \_\_\_\_\_ Wochen

**Geburt**    natürlich     Kaiserschnitt     PDA     Saugglocke     Zange

**Geburtsgrösse** \_\_\_\_\_ **Geburtsgewicht** \_\_\_\_\_

**jetzige Grösse** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

**Stillen**     nein    ja, ca. \_\_\_\_\_ Wochen ausschließlich, \_\_\_\_\_ Monate insgesamt

### **Neugeborenenperiode**

Apgarwert \_\_\_\_\_

Sauerstoffmangel, Gelbsucht, Leistenbruch, Storchenbiss, Schiefhals,  
auffällige Behaarung, Nabelbruch, Nabelentzündung, Stillprobleme,  
Speikind, Blähungen, Koliken, usw.

---

**Besonderheiten** Brüche, Krämpfe, grünes Fruchtwasser, Sauerstoffmangel, usw.

---

**Welche Impfungen/Auffrischimpfungen hat Ihr Kind bekommen?**

Tetanus, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Masern Hepatitis , Grippe,  
Zecken, FSME usw.

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

---

**Gab es Infekte?**

Husten, Bronchitis, Schnupfen, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, usw.  
Wie häufig?

---

**Reagiert Ihr Kind mit Fieber?**

Wie hoch, schnell ansteigend, langanhaltend, usw.

---

**Allgemeines**

Friert oder schwitzt ihr Kind ehr ? \_\_\_\_\_  
Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen? \_\_\_\_\_  
Mag ihr Kind enge? Eingepuckt oder Angechnallt sein, Lätzchen? \_\_\_\_\_  
Gibt es eine auffällige Seitenbetonung, schläft es auf beiden Seiten? \_\_\_\_\_

---

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

Schlaganfall, Gefäßkrankheiten, Herzkrankheiten, Zuckerkrankheit,  
Rheuma, Krebs, Gicht, Allergien, Neurodermitis, Asthma, Tuberkulose,  
Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Nierensteine, Gallensteine,  
Multiple Sklerose, Schuppenflechte, Migräne usw.

**Mutter** \_\_\_\_\_

**Vater** \_\_\_\_\_

**Geschwister** \_\_\_\_\_

**Großeltern:**  
Mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Väterlicherseits \_\_\_\_\_

**Urgroßeltern,**  
Mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Väterlicherseits \_\_\_\_\_

Tante, Onkel \_\_\_\_\_

---

**Schlaf**

Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit, offener Mund, Nachtschweiß, häufiges Erwachen wann?, heiße Füße, Unruhe in den Beinen, Müdigkeit nach dem Essen, zu einer bestimmten Uhrzeit, usw.

---

**Schlafenszeit**

wie lange, übliches zu Bett gehen und Aufstehen

---

**Schlaflage**

linke oder rechte Seite, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.

---

**Schweiß**

tagsüber/nachts, kalt, warm, klebrig, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.

---

**Temperaturempfinden** frostig, kalt, warm, hitzig, usw.

---

**Stimmung**

ausgeglichen, fröhlich, traurig, weinerlich, usw.

---

**Temperament** zurückhaltend, lebhaft, anhänglich, usw.

---

**Haare**

Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß, Haarwuchs, usw.

---

**Haut**

Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Ekzeme, usw.

---

**Nägel**

Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene oder krumme Nägel, usw.

---

**Augen:**

Tränenkanalverengung, Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

---

**Nase:**

Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Nasenbluten, usw.

---

**Ohren:**

Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, usw.

---

**Mund:**

Speichelfluss, Soor, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln,  
Farbe/ Belag der Zunge, usw.

---

**Hals/ Kehlkopf**

Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrupp, usw.

---

**Lunge**

Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.

---

**Bewegungsapparat**

kalte oder schwitzige Hände/ Füße, usw.

---

**Magen- Darm-Trakt**

Aufstoßen, Erbrechen nach dem Stillen, Windeldermatitis, Blähungen,  
Koliken, Verstopfung, Durchfall, usw.

---

**Stuhlgang**

Täglich, jeden 2, 3, 4, ten Tag \_\_\_\_\_

**Konsistenz**

weich/ hart/ knotig \_\_\_\_\_

Farbe \_\_\_\_\_

Geruch \_\_\_\_\_

**Genitalien**

Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose.

Bei Mädchen: Ausfluss, usw.

---

**Bitte schreiben Sie mir kurz auf, was ihr Baby ausmacht?  
Welche Dinge es sehr gerne oder gar nicht mag?**

### **Hinweis**

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der Verschwiegenheit.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlich anerkannten Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was **keinen** Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar- Rechnung hat.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt mit der Heilpraxis zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_