

Patienten Fragebogen

Kinder

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?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Nimmt Ihr Kind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen?

Ja, warum ? _____

Nein, wann das letzte Mal ? _____

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.

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, usw.

Gibt es wiederkehrende Infekte?

Husten, Bronchitis, Schnupfen, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, usw.

Wie häufig?

Reagiert Ihr Kind mit Fieber?

Wie hoch, schnell ansteigend, langanhaltend, Halluzinationen, gab es einen Fieberkrampf

Gibt es Allergien?

Pollen/wann?, Nahrungsmittel, Medikamente, usw.

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** _____

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.

Entwicklung

Wann konnte Ihr Kind, (Angaben bitte in Monaten)

krabbeln _____ **laufen** _____

sprechen _____ (stottern/lispeln) _____

war es trocken, am Tag _____ **in der Nacht** _____

Zahnung _____ (gab es Probleme) _____

Allgemeines

O Rechts O Linkshänder

Friert oder schwitzt ihr Kind ehr ? _____

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen? _____

Trägt Ihr Kind eng anliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen? _____

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung? _____

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

Krankengeschichte

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Krankenhausaufenthalte?

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat. Möglichst mit zeitlichen Angaben

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 _____

Wie viel und was trinkt ihr Kind pro Tag? _____

Verlangt es von selbst nach Getränken? _____

Auffällige Nahrungsmittelabneigungen/ Verlangen ?

Appetit:

Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.

Schlaf

Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln, , Sprechen im Schlaf, offener Mund, Bettnässen, Alpträume, Zähneknirschen, 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.

Träume

schreckliche, schön, gegen Morgen, nachdenklich, wiederkehrende, 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.

Kann Ihr Kind sich gut von Ihnen trennen?

Macht ihr Kind Sport, hat es ein Hobby?

Kopf:

Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nebenhöhlenentzündungen usw.

Haare

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

Haut

Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Wundheilung, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, usw.

Nägel

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

Augen:

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

Nase:

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

Ohren:

Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, usw.

Mund:

Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, 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

Schmerzen, Krämpfe, Brüche, kalte oder schwitzige Hände/ Füße, usw.

Magen- Darm-Trakt

Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Windeldermatitis, Blähungen,
Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, usw.

Stuhlgang

Täglich, jeden 2, 3, 4, ten Tag_____

Konsistenz

weich/ hart/ knotig_____

Farbe _____

Geruch_____

Urogenitaltrakt

Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinfarbe, Geruch usw.

Genitalien

Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose.

Bei Mädchen: Ausfluss, Juckreiz, erste Menstruationsblutung, PMS usw.

Gibt es etwas wovor Ihr Kind Angst hat oder sich erschreckt?

Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber,
Lautstärke, Höhe, Wasser, Gewitter, Ärzte, Spritzen, Krankheit usw.

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen? Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/ telefonieren?

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 _____