

Anamnesebogen für Kinder



„Therapiezentrum am Schloss“ Ansbacher Str. 131, 90449 Nürnberg

Erziehungsberechtigter:

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Handy.: _____
PLZ-Ort: _____ E-Mail: _____

Kind:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtstag: _____

Versicherung: Gesetzlich _____ Beihilfe/Post
 Privat _____ private Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Telefonbuch Bereits Patient in der Praxis Empfehlung
 Flyer von: _____ Anders: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?

Besonderheiten während der Schwangerschaft? Ja Nein welche?

Besonderheiten während der Geburt? Ja Nein welche?

Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Einleitung, Sonstiges.

Dauer der Geburt _____ h

Entbindung in der _____ Woche Apgar: ____ / ____ / ____

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Auffälligkeiten

gibt/gab es Stillschwierigkeiten Ja Nein welche _____
Bäuerchen kommt schwer Ja Nein
wir haben ein Speikind Ja Nein wann _____
abendliche Unruhe Ja Nein wie lange _____
unstillbares Schreien Ja Nein wie lange _____

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung oder einer Behinderung Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja Nein
Wenn ja, Eingriff und Jahr bezeichnen _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Sonstiges

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?
z.B. Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord,
Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma,
Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber,
Sonstiges _____

Infekte, Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig? _____

Allergien? Ja Nein
Welche _____

Stuhlgang: täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum
Durchfall, Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang
wechselhaft usw. _____

Haut: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Sonstiges

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? Ja Nein
Welche? _____

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen
Schlafzeit von / bis _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche? _____

Wann konnte Ihr Kind krabbeln _____, laufen _____, sprechen _____
Angaben bitte in Monaten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) zum Termin mit.

Behandlungsgebühr

Gesetzlich Versicherte: je Behandlung 90€ in bar.

Privat Versicherte: je Behandlung 90€ auf Rechnung, auf Wunsch auch nach Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Hiermit beantrage ich für meinen oben genannten Angehörigen die Untersuchung / Behandlung durch Herr J. Tschikanzew Herr Peter Mellert

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum Unterschrift

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift.....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Therapiezentrum am Schloss** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- der Erfüllung des Behandlungsvertrages
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/ oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen
- zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Therapiezentrum am Schloss – Ansbacher Str. 131 – 90449 Nürnberg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ habe ich gelesen und verstanden.