

## 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.