

Patientenfragebogen - Kind

(bis Ende Grundschulalter)



Antje Schubert
25436 Moorrege
Im Schlosspark 5
04122 - 408 28 31

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. _____

Straße _____ PLZ-Ort _____

Geschwister Anzahl/Alter _____

E-Mail Eltern _____

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

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen für Ihr Kind genau aus. Er dient mir zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

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

.....
.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

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

.....

Welche Impfungen/Auffrischimpfungen hat Ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Verhaltensveränderungen.

.....

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

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

.....

Infekte

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig? Behandelt mit Antibiotika?

.....
Gibt es Allergien?

Pollen/wann

Nahrungsmittel

andere

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach
Neigung zur Verstopfung oder Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig

Haut Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, sonstiges

Narben Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein
wo

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen,
Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Schnarchen

Schlafzeit von / bis

Symptome, wie oft Bauch _____ Kopf _____
Knochen/Gelenke _____ Infektneigung _____

Ernährung

| | Süß | Sauer | Pikant | Salzig | Fleisch | Eier | Obst | Gemüse |
|-----------|-----|-------|--------|--------|---------|------|------|--------|
| Verlangen | | | | | | | | |
| Abneigung | | | | | | | | |

Lebt das Kind nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ernährungsvorlieben?

Falls ja, welche?

Körpergröße **Körpergewicht**

Schule/Kindergarten Geht Ihr Kind gerne hin 0 ja 0 nein
Kommt es gut zurecht mit Erziehern/Lehrern 0 ja 0 nein anderen Kindern 0 ja 0 nein
sonstiges _____

Wurden alle **Vorsorgeuntersuchungen** beim Kinderarzt wahrgenommen 0 ja 0 nein

Auffälligkeiten? _____
Wann konnte Ihr Kind (bitte in Monaten angeben)

krabbeln..... laufen sprechen..... war es trocken

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt Ihr Kind derzeit ein?

.....

Während der Schwangerschaft

- Gab es **Besonderheiten** während der Schwangerschaft?
- Hat die **Mutter** Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?
- Hatte die Mutter **Amalgamfüllungen** vor/während der Schwangerschaft?
- Wurden Amalgamfüllungen gelegt oder entfernt?
- Gibt es Allergien bei Mutter/Vater?

.....

.....

- Dauer** zum errechneten Termin früher, nachWochen
- Geburt** natürlich Kaiserschnitt
- Stillen** nein ja, ca.Wochen ausschließlich,Monate insgesamt

Krankengeschichte Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Möglichst mit zeitlichen Angaben

.....

.....

.....

Hinweis für die persönlichen Unterlagen

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.....