



Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen.

Die Liste von Fragen hilft uns, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat bei _____ Beihilfe

Name eines Elternteils: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Welche Medikamente nimmt ihr Kind? _____ Keine

Empfohlen von? _____

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja Nein Welche? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle/ Stürze? Ja Nein Welche? _____

Mein Kind hat keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Mein Kind hat Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Kopf

Gelenke _____ andere _____

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt Ja Nein

(z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.)

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater

Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz Ja Nein

(z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel)

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater

Wurden Geschwister schon hier in der Praxis vorgestellt? Ja Nein

Die Schwangerschaft:

Wievielte _____ Schwangerschaft
Anzahl der Kinder _____ Kinder
Wie viele Schwangerschaftswochen _____ Wochen
Geburtsgewicht _____ Gramm
Länge _____ cm
Fehllage/Querlage Ja Nein

Die Geburt

Dauer _____ Stunden
Mehrlingsgeburt _____ Kinder
Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Die Geburt war ein Kaiserschnitt Ja Nein
Wenn ja, warum? _____
Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Mein Kind als Säugling

Das Kind schaut (schaute) vermehrt nach rechts oder links Ja Nein
Das Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt Ja Nein
Das Kind hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf Ja rechts links Nein
Das Kind liegt (lag) in einem Bogen wie ein, C' Ja rechts links Nein
Das Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung Ja rechts links Nein
Das Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung Ja rechts links Nein
Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf Ja Nein
Das Kind kann (konnte) nicht auf dem Bauch liegen Ja Nein
Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen Ja Nein
Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

- Das Kind wird (wurde) gestillt Ja Nein
- Das Kind trinkt / isst (früher) wenig oder schlecht Ja Nein
- Es sabbert viel oder spuckt oft (früher) Ja Nein
- Das Kind ist (war) ein Schreikind Ja Nein
- Es hat ‚3-Monatskoliken‘ gehabt Ja Nein
- Wenn ja, wie lange ? _____
- Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken Ja Nein

Bekannte Entwicklungsstörungen

- Haltung und Bewegung Ja Nein
- Sprache und Verständnis Ja Nein
- soziale Fertigkeiten Ja Nein

Schulkinder (ab 6 Jahren)

- Rechen/Schreibschwierigkeiten Ja Nein
- Unruhe Ja Nein
- Kopfschmerzen Ja Nein
- Konzentrationsschwierigkeiten Ja Nein

Sonstige Bemerkungen:

Liebe Eltern, um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 6 Stunden** vor dem Termin nicht berechnen. In allen anderen Fällen sind wir berechtigt, die **Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen**. Wenn wir den Termin anderweitig vergeben können, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.

Heidelberg, den _____ Unterschrift _____

Danke fürs Ausfüllen.

[Praxis für amerikanische Chiropraktik und Osteopathie Heidelberg](#)

Kaiserstr. 27a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 65 22 662