

Praxis für Amerikanische Chiropraktik Jeff Burgin

Liebe Eltern,
wir heißen Sie und Ihr Kind in der Praxis für Amerikanische Chiropraktik Jeff Burgin herzlich willkommen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.

Bitte leserlich und in Blockschrift ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. priv. _____ Tel. geschäftl. _____

Handy: _____ Email: _____

Geb.datum: _____ Beruf: _____

Anzahl der Kinder: _____ Familienstand: _____

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Durch Empfehlung von ...

Freunde Familie Arzt HP Name _____
 Anzeige Internet Therapeut

Wie sind Sie versichert?

A) **Gesetzlich:** _____

(Kostenzuschuss bei der Krankenkasse erfragen)

B) **Privat bei:** _____

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

C) **Private Zusatzversicherung bei:** _____

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

D) **Beihilfe bei:** _____

Ein paar Fragen zu Ihrem Baby / Kleinkind

Mein Kind hat folgende Beschwerden: _____

Ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Errechneter Geburtstermin: _____ **Tatsächlicher Geburtstermin:** _____

Gewicht und Größe bei Geburt: _____ **Kopfumfang:** _____

Angaben zur Geburt: normal / spontan schnell langsam eingeleitete Geburt

Nabelschnurproblem Steißlage Sterngucker

Geburt mit Hilfsmitteln: Kristeller Handgriff Zange Saugglocke Kaiserschnitt

Wie lange dauerte die Geburt ab der ersten Wehe? _____

Gab es Komplikationen? Welche? _____

Dammriss oder Dammschnitt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Liebblingsseite in Rückenlage	<input type="checkbox"/> beide gleich	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Liebblingsbrust beim Stillen	<input type="checkbox"/> beide gleich	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Kann das Kind voll gestillt werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Viel Schluckauf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Spuckt das Kind viel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Überstrecken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlgang täglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, nur alle ____ Tage
Koliken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wie viele Stunden und wie oft (alle x Stunden) ist das Kind nachts wach? _____

Schreit das Kind viel, wenn es wach ist	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Milchstau / Brustentzündung gehabt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist der Kopf rund oder einseitig abgeflacht	<input type="checkbox"/> rund	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Schielst das Kind gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatte das Kind eine Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schnarcht das Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Motorische Auffälligkeiten _____

Sprachliche Auffälligkeiten _____

War das Kind bereits bei einem Osteopathen nein ja

War das Kind bereits in Physiotherapie nein ja