

## 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
Lieblingsseite in Rückenlage	<input type="checkbox"/> beide gleich	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Lieblingsbrust 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
Schielte 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