

ANAMNESEBOGEN KINDER UND JUGENDLICHE

ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Anschrift:

Außerschulischer Sport:

ALLGEMEINE ANGABEN ZU DEN GESETZLICHEN VERTRETEREN DER MINDERJÄHRIGEN

Name:

Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat):

Handy:

Email:

Kontakt per Email erlaubt/nicht erlaubt

Kontakt per WhatsApp erlaubt/nicht erlaubt

Name/Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Angaben zur Krankengeschichte

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Sportunfälle |
| <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte kurz beschreiben) | |
-

Weitere Erkrankungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Lunge, Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (Mädchen) |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen) |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte kurz beschreiben) |
-

Wurde Ihr Kind operiert? Wenn ja, bitte genaue Angaben (warum, was, wann und wie)

- Nein Ja
-
-

Befand/befindet sich Ihr Kind in Zahn-/kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn ja, warum? (bitte kurz beschreiben)

- Nein Ja
-

Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, seit wann und warum? (bitte kurz beschreiben)

- Nein Ja
-

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen? (wenn ja, bitte kurz beschreiben)

- Nein Ja
-

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

Wenn ja, wie häufig, wie fühlt sich der Schmerz an (z.B. Druckschmerz, stechende Schmerzen, etc.)?

Nein

Ja

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

Nein

Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone, etc.?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Nein

Ja

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie, etc.)?

Wenn ja, in welcher Therapie, seit wann und warum? (bitte kurz beschreiben)

Nein

Ja

ABSCHLIESSEND

Mir ist bekannt, dass die Erstattung der Osteopathie im Ermessen meiner Krankenkasse liegt. Über die Kosten und Risiken der Behandlung bin ich aufgeklärt. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an mich. Mir ist bekannt, dass die Datenschutzerklärung auf der Website und im Warteraum der Praxis nachzulesen ist.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!