

Anamnesebogen für Kinder



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte/r Patient/in

um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zu Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (z.B. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht erstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihrer Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von Jahren (vgl. §630 f Abs.3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam *FLK-Physiokids*

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Versicherung: gesetzlich privat Beihilfe Geb. Datum: _____

Kinderarzt: _____

Diagnose: _____

Bisherige Therapie: _____

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig absagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Bitte Zutreffendes Ankreuzen!

Es ist ein leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Adoptivkind

Schwangerschaft:

Vorausgegangene Schwangerschaft/en: _____ Geburten: _____

Komplikationen in der Schwangerschaft Nein Ja, welche? _____

Medikamente in der Schwangerschaft Nein Ja, welche? _____

In der Schwangerschaft Rauchen Alkohol Drogen zu sich genommen?

Diabetes

Lage des Kindes im Mutterleib: _____

Geburt

- Spontane Geburt Geburt nach Einleitung Geplanter Kaiserschnitt
 Not-Kaiserschnitt
 Komplikationen während der Geburt Wenn ja, welche? _____
 Saugglocke/ Zange trübes Fruchtwasser bläuliche Färbung
 Nabelschnurumschlingung
 Beatmung Wenn ja, wie lange? _____
 Abweichende Herzöne Monitorüberwachung Neugeborenenengelbsucht

Nahrungsaufnahme

- Ich Stille Ich habe gestillt mit Flasche

Mein Kind hat/ hatte:

- vermehrten Speichelfluss spuckt viel eine Trinkschwäche
 Dreimonatskoliken eine Magensonde Krampfanfälle
 Sehbeeinträchtigung Hörbeeinträchtigung

Verdauung

- geformter Stuhl ungeformter, breiiger Stuhl Durchfälle
 Verstopfung

Sonstiges

Mein Kind:

- schreit viel schwitzt viel friert schnell
 hat häufige Infekte, welche? _____
 hat folgende Allergien: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, das der Fragebogen im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und EDV- gestützt gespeichert wird.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlicher Vertreters

Von Therapeuten auszufüllen:

Geburtsgewicht: _____g Geburtsgröße: _____cm Kopfumfang: _____cm

APGAR ___/ ___/ ___ Perzentilen: _____ Nabel-pH: _____

Hüftsonografie U3: Befund ohne Befund

Ergebnisse der U- Untersuchungen:

